



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del  
paciente moribundo en el servicio de emergencias del  
Hospital Nacional Hipólito Unanue : 2013**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres

## **AUTOR**

**Yuliana Carina Flores Benites**

LIMA – PERÚ  
2014

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL  
CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN EL SERVICIO  
DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL  
HIPOLITO UNANUE. 2013**

A **DIOS**, a quien he evocado día tras día pidiéndole desde el fondo de mi corazón ilumine siempre el camino por donde he elegido seguirle, me ha guiado y cuidado hasta el día de hoy. Con absoluta razón. Gracias

A mis queridos padres **ERASMO e YSABEL**, porque gracias a su cariño, han hecho mi vida más feliz.

A mi esposo y compañero: **RICHARD**, siento la necesidad de agradecerle por todo el apoyo, amor y sobre todo por la paciencia que me brindo durante estos 2 años de estudio, el cual permitió el logro de mi objetivo.

Resulta muy difícil poder expresar con palabras todos los sentimientos que provocas en mí, con mucho amor te doy mi esfuerzo, gracias porque con cada movimiento tuyo en mi vientre siento que tú también me apoyas. **Te amo ABIGAIL.**

*A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en especial al prestigioso Programa de Segunda Especialización en Enfermería por el apoyo, aliento y estímulos brindados durante nuestros años de estudio.*

*A nuestros docentes, en testimonio de mi gratitud ilimitada quienes mediante sus exigencias académicas posibilitaron la conquista de nuestra formación profesional con gran admiración y respeto; con la promesa de seguir siempre adelante.*

*A la Lic. Juana Elena Durant Barreto, porque sin escatimar esfuerzo alguno, ha sacrificado gran parte de su tiempo para brindarme sus conocimientos con paciencia y comprensión durante el desarrollo del presente trabajo de investigación ahora más que nunca se acredita mi cariño, admiración y respeto.*

*Al equipo de profesionales de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, por su apoyo y las facilidades brindadas para la ejecución del presente estudio.*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>PRESENTACIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	7
1.3. Justificación/ Importancia	8
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivos Generales	
1.4.2. Objetivos Específicos	
1.5. Propósito	9
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Base Teórica	16
2.3. Definición Operacional de Términos	43
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	44
3.2. Lugar de estudio	44
3.3. Población de estudio	44
3.4. Unidad de análisis	44
3.5. Criterios de selección	45
3.5.1. Criterios de inclusión	
3.5.2. Criterios de exclusión	
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	45
3.7. Procedimiento de procesamiento, presentación, Análisis e interpretación de la información	45
3.8. Consideraciones éticas	46
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
4.1. Resultados	47
4.2. Discusión	52
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	62
5.2. Limitaciones	64
5.3. Recomendaciones	64
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	65
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	48
2	Actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	49
3	Actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión espiritual en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	50
4	Actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	51

## RESUMEN

**AUTOR: YULIANA CARINA FLORES BENITES**

**ASESORA: JUANA ELENA DURANT BARRETO**

El objetivo fue determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2013. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Lickert, que se aplicó previo consentimiento informado.

**Resultados.** Del 100% (50), 42%(21) tienen actitud de indiferencia, 32%(16) de aceptación y 26%(13) de rechazo. En cuanto a la dimensión fisiológica, 58% (29) tiene una actitud de indiferencia, 22% (11) aceptación y 20% (10) rechazo; en la dimensión espiritual 72% (36) tiene una actitud de indiferencia, 20% (10) rechazo y 8% (4) aceptación; y en la dimensión psicoemocional 60% (30) tienen actitud de Indiferencia, 24% (12) aceptación y 16% (8) rechazo.

**Conclusiones.** El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional.

**PALABRAS CLAVES:** Actitud, paciente moribundo, profesional de enfermería, cuidado

## SUMMARY

**AUTHOR: YULIANA CARINA FLORES BENITES**

**ADVISOR: JUANA ELENA DURANT BARRETO**

The aim was Hipólito Unanue determined the attitude of the professional of Infirmary towards the care of the moribund patient in his physiological, spiritual dimension and Psicoemocional in the emergency service of the National Hospital 2013. **Material and Method.** The study was of applicative level, quantitative type, descriptive method of transverse court. The population was shaped by 50 professionals of infirmary. The technology was the survey and the instrument a formulaic type climbs of Lickert, which applied previous informed assent to itself.

**Results.** Of 100 % (50), 42 % (21) it has an attitude of nonchalance, 32 % (16) of acceptance and 26 % (13) of rejection. As for the physiological dimension, 58 % (29) has an attitude of nonchalance, 22 % (11) acceptance and 20 % (10) I reject; in the spiritual dimension 72 % (36) has an attitude of nonchalance, 20 % (10) I reject and 8 % (4) acceptance; and in the dimension psicoemocional 60 % (30) has an attitude of Nonchalance, 24 % (12) acceptance and 16 % (8) I reject.

**Conclusions.** The major percentage of the professionals of infirmary has an attitude of nonchalance towards the attention of the care of the moribund patient, recounted to the dimensions physiological, spiritual and psicoemocional.

**WORDS KEYS:** Attitude , sufferer dying , vocational of sickbay , look out



## **PRESENTACION**

Los profesionales de Enfermería estamos continuamente enfrentados a la muerte de otras personas, aun cuando a menudo intentamos evitar el tema ignorándolo. De ahí que las enfermeras deben dispensar cuidados que sean sensibles a la cultura, es decir respetar las creencias espirituales y religiosas; considerando al paciente y su familia, proporcionándole un entorno positivo en el cual se reconozca que la muerte es inevitable y así puedan aceptar y asimilar la pérdida y el dolor.

El presente estudio titulado “Actitud del profesional de enfermería, hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013”, tuvo como objetivo determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo y su familia en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013. Con el propósito de que las autoridades de Enfermería de la institución diseñe y/o formule estrategias de educación permanente dirigido al profesional de enfermería, para actualizar y mejorar los cuidados brindados al paciente moribundo, facilitando su confort, contribuyendo a disminuir el sufrimiento del paciente y favorecer la adaptación familiar.

El estudio consta de; Capitulo I. Introducción, el que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capitulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capitulo III. Metodología, que incluye el tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de

datos; procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión, Capítulo V. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA**

La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Es natural en el sentido de que, si no median causas antinaturales (asesinato, etc), se produce siempre como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque, mediante una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán. Es único porque el propio concepto de muerte (término de la vida) entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez. <sup>(1)</sup>

La muerte nos acompaña, nos persigue, nos obsesiona; es nuestra eterna compañera, no podemos escapar de ella, nos encontramos inmersos en el paso del tiempo y en el deterioro progresivo que éste produce a nuestro cuerpo. A medida que vamos viviendo sentimos más cerca la proximidad de la muerte: un amigo, un familiar, un personaje ilustre, todos son objeto de la muerte. <sup>(2)</sup>

El hombre actual contempla la muerte como “el fracaso de su dominio sobre las fuerzas de la naturaleza”. El “hombre tecnificado” puede controlar y manipular casi todo, pero se encuentra indefenso ante el hecho innegable de la muerte. Así, “la muerte y el morir no tienen cabida en las sociedades industrializadas. La muerte, la agonía y la senectud son consideradas como representación de la impotencia de la moderna tecnología biomédica”. <sup>(3)</sup>

De lo anterior se deriva que si la muerte es un fenómeno natural, universal y único, es responsabilidad de los profesionales de la salud poner sus conocimientos y destrezas para evitarla y/o proporcionar un final tranquilo de la vida pues siempre habrá un último momento en el que, pese a todos nuestros esfuerzos, llegará de forma irremediable. El fracaso del ejercicio profesional no es por tanto la muerte misma, sino la negligencia en sus diversas formas y grados en cuanto a la atención brindada a este tipo de pacientes. Una vez integrada naturalmente dentro de los parámetros existenciales del profesional no representara una situación incómoda y marginada en el quehacer cotidiano, sino un aspecto más del mismo. <sup>(4)</sup>

Freud (1915) señala que “la única manera de hablar de la muerte es negándola”. Todo ser vivo, por su misma esencia, no puede concebir su muerte, su destrucción. En definitiva, nadie cree en su propia muerte, ya que en el fondo todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad. Por mucho que intentemos representar nuestra muerte, siempre estaremos convencidos de que nuestra vida es un fin en sí misma.

La muerte según creencias religiosas es el término de la vida física pero no de la vida espiritual, un estado de transición, es un paso hacia una vida mejor, hacia un lugar donde no existe sufrimiento o dolor alguno, un lugar de felicidad inmortal, pero no para todos pues solo los que hayan vivido en gozo con Dios serán dignos de poder vivir la felicidad eterna y por lo tanto al haber un lugar para la gente buena debe existir uno para la gente mala <sup>(5)</sup>

En nuestra realidad la mayoría de las muertes acontecen en los centros hospitalarios, lo cual nos obliga a detenernos frente a estas

instituciones proveedoras de atención y con mayor razón en los ambientes de los servicios de emergencias, el cual es un medio dinámico que ofrece un tratamiento inicial a pacientes que requieren de atención inmediata.

Por lo tanto, los profesionales de la salud deberán conocer las fases por las que puede ir pasando el paciente moribundo, en su caminar hacia la muerte, para poder actuar en concordancia a sus necesidades, posibilidades biológicas y psicológicas. Con frecuencia, el personal sanitario que brinda este tipo de cuidados no toma en cuenta las necesidades psicológicas del enfermo: prácticamente no habla con el paciente, y éste se encuentra rodeado de tubos, sondas y máquinas, y las visitas de amigos y familiares generalmente son restringidas.

Una actitud de sincero cariño por parte de los allegados y del equipo asistencial, junto con la atención espiritual y el control de los síntomas, facilitan la resolución de todos los conflictos personales acumulados a lo largo de la vida del paciente. De ahí, que el cuidado al paciente moribundo debe proporcionar los medios adecuados para que “consiga por sí mismo una visión de su propio morir”. En primer lugar, deberíamos ser como el espejo donde el enfermo moribundo pueda reflejar su angustia sin que la imagen se deforme, sin que su angustia se incremente. <sup>(6)</sup>

Cuidar al paciente moribundo significa tener la capacidad para acompañar al enfermo, para compartir y asumir sus angustias y miedos, para ir discerniendo qué es lo que el enfermo desea conocer, cuándo hay que acentuar o recortar sus esperanzas, en que momento es mejor dejar al paciente sin respuestas, sin falsos ánimos, ya que ha llegado a descubrir la verdad sobre su vida y su pronta muerte.

Así, para el profesional de enfermería la muerte de su paciente no debe suponer una batalla perdida, sino la posibilidad de ayudar a una persona a encontrar sentido a su vida, guiándolo para que pueda alcanzar la paz y tranquilidad necesarias para afrontar la muerte. <sup>(7)</sup>

Frente a la situación, la enfermera debe plantearse como actuar: ante sí misma, ante los otros pacientes de su ambiente, ante el paciente y ante la familia, debe analizar sus propios sentimientos naturales de pena por la pérdida del paciente, de la misma forma que lo hacen los familiares del paciente, debemos tener una buena predisposición ante el paciente cuando necesite hablar con nosotros, con respecto a la familia, debemos acompañarlos en su sufrimiento y consolarlos. <sup>(8)</sup>

La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar; la coloca en calidad de "salvadora" de una muerte indigna. Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de "agua y aceite", entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos. <sup>(9)</sup>

La atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del personal sanitario, que inician un nuevo tipo de asistencia, cuya meta ya no es liberar al paciente de su enfermedad, sino ayudarlo a morir en paz o, más bien, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte.

La atención al enfermo en situación terminal debe abarcar todos los aspectos vitales del paciente. Es así que se debe incluir también los

aspectos espirituales, entendiendo que esta no es exclusiva del sacerdote, sino que corresponde, en diversa medida, a todo el personal sanitario, pues todos deberían tener en cuenta las necesidades espirituales de los enfermos.<sup>(10)</sup>

Durante la experiencia laboral en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, la muerte de nuestro paciente es una realidad inevitable y ante esta realidad el personal de enfermería suele reacciona con frecuencia de manera indiferente. Al interactuar refieren: “pobrecito” “ya es un paciente terminal” “está sufriendo mucho” “ya que se puede hacer” “ojala que sea temprano” “ojala aguante para el otro turno” “cuando ingreso; le corresponde su certificado”, entre otras expresiones.

Frente a esta situación surgen diversas interrogantes como; ¿estará capacitado el profesional de enfermería para atender a un paciente moribundo? ¿qué factores influyen en la actitud de las enfermeras? ¿sería la forma de pensar del profesional igual si el paciente fuera una persona conocida? ¿influirá el tiempo de experiencia laboral en sus actitudes? ¿las reacciones son similares si fuera el paciente un niño? ¿cuál es el significado de la muerte en el profesional de enfermería?, entre otras.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto, se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la actitud del profesional de enfermería, hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013?

### **1.3. JUSTIFICACION**

En el ámbito hospitalario, con frecuencia el profesional de enfermería enfrenta situaciones de pacientes en fase terminal, razón por la cual se convierte en pieza clave del entorno del moribundo, convirtiéndose en parte del proceso del duelo y como tal nuestro rol debe ser afectivo y respetuoso de las necesidades de la persona vista de modo integral; siendo importante tener en cuenta que el paciente moribundo presenta necesidades biológicas, espirituales y emocionales, que es preciso intentar satisfacer. El miedo al dolor moral (separación de seres queridos, incertidumbre ante el más allá, etc.) o físico, y al abandono en el peor sentido de la palabra, es decir, ser considerados durante sus últimos días como un desecho social, representa una gran fuente de angustias en los pacientes terminales.

Es por ello que la enfermera que labora en el servicio de emergencias debe realizar una atención integral, ética y humana al grupo de pacientes con muerte inminente a fin de que contribuya al bien morir y con ello mejorar la calidad de su cuidado.

### **1.4. OBJETIVOS**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013.



#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013
- Identificar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión espiritual en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013
- Identificar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013

#### **1.5. PROPOSITO**

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unanue; así como al jefe del Servicio de Emergencias y Departamento de Enfermería; para diseñar e implementar un programa de educación permanente dirigido al profesional de enfermería, para actualizarse y mejorar los cuidados brindados al paciente moribundo, facilitando su confort, contribuyendo a disminuir el sufrimiento del paciente y favoreciendo la adaptación familiar a la pérdida de un ser querido.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

##### ➤ A NIVEL INTERNACIONAL

Paz Amalia, el 2009, en México, realizó un estudio titulado; "Actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma"; el cual tuvo como objetivo; determinar la actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma. El método fue descriptivo de corte transversal; la población estuvo constituida por 25 enfermeras que laboran en el servicio de emergencias. El instrumento fue un formulario tipo escala de Lickert. Las conclusiones a las que llegó entre otras fueron:

*"Referente a la dimensión cognitiva arrojo con un 68% que "Nunca" pensar en la muerte es perder el tiempo, con un 68% "Nunca" las personas solo pueden pensar en la muerte cuando están viejos, el 76% "Siempre" reconoce a la muerte como un hecho inevitable donde día a día les ayuda a su crecimiento personal y el 56% "Algunas veces" el contacto frecuente con la muerte, les ha hecho verla como algo natural". "Respecto a la dimensión afectiva, determino que el 44% igual para "Siempre y Nunca" después de la muerte van a encontrar la felicidad, el 92% "Nunca" la muerte puede ser una salida a la carga de la vida y el 60% "Siempre" les conmueve enfrentar a las familias de los pacientes moribundos". "Concerniente a la dimensión conductual prevaleció que el 48% "Nunca" temen a la posibilidad de contraer una enfermedad, que los conlleve inevitablemente a la muerte, el 48% "Nunca" piensan en la posibilidad de su propia muerte y por lo tanto no*

*les genera ansiedad, el 56% “Nunca” se siente más cómoda (o) si la petición de cuidar un paciente moribundo proviene de alguien conocido, el 76% “Nunca” la muerte de un paciente los conlleva a un fracaso profesional”.*<sup>(11)</sup>

Maza Maritza, Zavala Mercedes y Merino José, el 2009, en Chile, realizaron un estudio titulado “Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes”; el cual tuvo como objetivo; valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte. El método fue descriptivo correlacionar; la población estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento con tres escalas: la primera, para Características Biosociodemográficas, tomado de Tejada, adaptado por los investigadores; la segunda, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, creado por Urrutia, citado en Tejada, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte, adaptación de Templer. Las conclusiones a las que llegó entre otras fueron:

*“Los resultados principales muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Esto permitió crear un modelo estadístico óptimo de factores predictores de la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes” “... que es muy importante que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes”. “También es de relevancia, mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas”.*<sup>(12)</sup>

Llanta María, Grau Jorge y Perez Coralía, el 2008, en Cuba, realizaron una investigación titulada; “Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos”; el cual tuvo como objetivo; Identificar los componentes actitudinales ante la muerte; El método fue observacional descriptivo; la población estuvo constituida por 141 profesionales de la salud procedentes de diferentes instituciones del país; el instrumento fue el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-versión 2), validado previamente en Cuba y aplicado por vez primera a este grupo de profesionales. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

*“Los componentes actitudinales ante la muerte en profesionales de grupos heterogéneos que se capacitan en cuidados paliativos difieren, esencialmente, de los profesionales estudiados anteriormente, ya que ofrecen menos respuestas defensivas ante su acercamiento profesional a la atención a estos enfermos, pero manteniendo respuestas relativamente evasivas, cargadas de temor y ambigüedad”. “En estos grupos predominan los componentes afectivo-emocionales en sus actitudes ante la muerte, si bien la capacitación recibida en cuidados paliativos de alguna manera se supone hayan influido favorablemente en sus componentes cognitivos (necesidad de atender estos enfermos, interés en conocer cómo pueden ayudarles, etc.).”<sup>(13)</sup>*

Colell Burnet Ramón, el 2005, en España, realizó un estudio titulado; “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña”; el cual tuvo como objetivos; valorar el interés que tienen los estudiantes de enfermería para trabajar con enfermos al final de su vida, averiguar la importancia del factor emocional en la atención al enfermo moribundo; verificar la influencia de algunos procesos cognitivos y emocionales ante la ansiedad y el miedo que genera la muerte. El método fue un

estudio comparativo. La muestra estuvo conformada por 444 estudiantes. El instrumento fue un cuestionario, La técnica fue la entrevista. Las conclusiones entre otras fueron.

*“Los estudiantes de este estudio manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente ni asistencialmente, para cuidar a enfermos terminales. Se sienten más preparados para cuidar otro tipo de enfermos; solo el 7% de los estudiantes catalanes y 4,7% de los andaluces, manifiestan sentirse muy preparados asistencialmente para cuidar enfermos terminales”. “Existe una relación entre competencia percibida frente a la muerte y deseo de trabajar con enfermos terminales”. “Existe mayor miedo a la propia muerte que al proceso de morir. En comparación existe más miedo a la muerte y proceso de morir de la persona querida”.<sup>(14)</sup>*

Colell Ramon, Limonero Loquin y Otero María, el 2003, en México, realizaron un estudio titulado; “Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal”; el cual tuvo como objetivos, analizar las actitudes, creencias y emociones ante la muerte e identificar los principales aspectos que podrían facilitar su trance de una manera digna o en paz. La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes de enfermería. El instrumento fue un cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones:

*“Los futuros profesionales de enfermería prefieren tratar a enfermos pediátricos y que el trabajo con personas que han contraído Sida es el que menos desean hacer”. “El miedo a la muerte genera más ansiedad que el miedo al proceso de morir” “Poder sentirse cerca y comunicarme con mis personas queridas”, y “pensar que mi vida ha tenido algún sentido” son los factores que más ayudarían a morir en paz”.<sup>(15)</sup>*

## ➤ A NIVEL NACIONAL

Alvarez Mantari Jenny, el 2010, en Lima, realizo una investigación titulada; “Actitud del Enfermero(a) hacia el Proceso de la Muerte de sus Pacientes en el Servicio de Emergencias de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, el cual tuvo como objetivo; determinar la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el roso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte. El método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo constituida por las 39 enfermeras que laboran en el servicio de emergencias. El instrumento fue una escala modificada tipo Lickert. Las conclusiones a las que llego entre otras fueron:

*“.. en cuanto a la actitud a la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes del 1005 (39), 61,5% (24) tienen una actitud de indiferencia, el 20,5% (8) aceptación y 18% (7) rechazo”; “... acerca de la intensidad de la actitud 48,2%(19) tienen una intensidad moderada, 47,1% (18) fuerte, y 4,7% (2) débil” “y la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, 74,4% (29) tienen una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte, 59% (23) después de la muerte; 28,2% (11) tienen una actitud de aceptación después de la muerte”.<sup>(16)</sup>*

Larico Barrientos Stefani, el 2010, en Lima, realizo un estudio titulado; “Actitudes de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal”; el cual tuvo como objetivo; determinar las actitudes de los estudiantes de enfermería de la U.N.M.S.M hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. El método fue Descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 74 estudiantes. El instrumento fue la escala de Lickert. Las conclusiones a las que llego entre otras fueron:

*“La mayoría de los estudiantes (62,16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal, es decir ambivalente, inclinando al futuro profesional a la insensibilidad, la anestesia afectiva y la frialdad emocional”. “En la dimensión física y psicomocional del cuidado paliativo, la mayoría de los estudiantes 63,52% y 56,76% respectivamente presentaron una actitud de indiferencia”. “Mientras que en la dimensión espiritual del cuidado paliativo, la gran mayoría 77.03% presento una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal, siendo esta favorable para brindar el cuidado y apoyo que necesita el paciente para encontrar una fuente de consuelo y tranquilidad en sus creencias religiosas y espirituales.”<sup>(17)</sup>*

Mallma Cotrado Julia, el 2006, en Lima, realizó un estudio sobre; “Vivencias de la enfermera en el cuidado al Paciente Moribundo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, el cual tuvo como objetivo; describir, comprender e interpretar las vivencias de la enfermera en la atención al paciente moribundo. El método fue cualitativo. La muestra estuvo conformada por 12 enfermeras. El instrumento fue un cuestionario semiestructurado. La técnica fue una entrevista a profundidad. Las consideraciones finales a las que llegó entre otras fueron:

*“Ocho de las entrevistadas en su testimonio manifiestan que la muerte es el fin del ciclo vital o el cese de las funciones vitales, dándole a la muerte un significado estrictamente biológico”. “La totalidad de enfermeras considera la agonía como una situación muy dolorosa difícil de manejar y difícil de tolerar, refieren sentir sentimientos de pena, tristeza y mucho dolor al presenciar la agonía del paciente moribundo”. “Las enfermeras brindan ya solo al paciente moribundo cuidados físicos como son los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos: necesidades de agua, oxígeno, alimentos, eliminación, movilización. Reposo, sueño, abrigo y alivio del dolor”. “Las enfermeras consideran que es necesario brindarle apoyo espiritual al paciente moribundo,*

*refieren que además de cubrir los aspectos corporales y emocionales es necesario ocuparse del nivel espiritual”<sup>(18)</sup>*

Por los antecedentes revisados podemos indicar que existen estudios en relación al tema, el cual ha permitido diseñar la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que sus resultados permitan a los profesionales de enfermería a reflexionar y modificar la actitud hacia el paciente moribundo que contribuya a mejorar la calidad de atención al paciente y contribuir a una muerte digna.

## **2.2. BASE TEORICA**

A continuación se presenta el sustento teórico que permitió analizar e interpretar los hallazgos.

### **EL PACIENTE MORIBUNDO**

La agonía por la que pasa el paciente moribundo se ha definido como: “El estado que precede a la muerte, en aquellas situaciones en que la vida se extingue gradualmente”.

Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte. La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Para comenzar a tratar al paciente moribundo lo primero que hay que tener en cuenta es lo que se entiende por paciente terminal, según la OMS, paciente en agonía y/o moribundo es aquel que padece una



enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Los pacientes moribundos requieren por tanto unos cuidados muy continuos para esa sintomatología cambiante que no serán cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de concepción, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos fisiológicos, sociales y espirituales de las personas en situación de agonía, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento, para conseguir que estas personas vivan con plenitud sus últimos días y tengan una buena muerte.<sup>(19)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declara que los objetivos de los Cuidados a los pacientes moribundos son:

- Dar atención integral al paciente y a su familia
- Alivio del dolor y otros síntomas.
- Reafirmar la importancia de la vida y ver la muerte como algo normal.
- No acelerar y aplazar la muerte
- Proporcionar sistemas de apoyo a los pacientes para que la vida sea lo más activa posible.
- Apoyar a la familia en el afrontamiento de la enfermedad y dar orientación en el proceso del duelo.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Aplicar una atención paliativa durante el proceso de la enfermedad junto a otras terapias de tratamiento activo.

- Poner en marcha todos los recursos del sistema de salud para ofertar atención especializada, comunitaria e incluso domiciliaria.

En tal sentido la Teoría del FINAL TRANQUILO DE LA VIDA de Cornelia Ruland y Shirley Moore y la Ciencia de la TANATOLOGIA de Elizabeth Kubler Ross, proporcionan un marco teórico unificador para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria, permitiendo encontrar sentido al proceso de la muerte, estudian los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte.

### **TEORIA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA**

La teoría del final tranquilo de la vida, está conformada por varios marcos Teóricos (Ruland y Moore, 1998); esta se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría en enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de microrrango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria.

En la teoría, se define la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del FV; la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de

decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir desenlaces satisfactorios.

### **Conceptos principales utilizados en la teoría**

**Ausencia de dolor:** la parte fundamental de la experiencia del FV de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión física potencial o real.

**Experiencia de bienestar:** El bienestar se define de forma general, como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera.

**Experiencia de dignidad y respeto:** todo paciente terminal se “respeto y se aprecia como un ser humano”. Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección.

**Estado de tranquilidad:** la tranquilidad es un “sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación preocupaciones y miedo”. Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.

**Proximidad de los allegados:** la proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan”. Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.

### **Afirmaciones teóricas**

- Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor.
- Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.
- Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.
- Proporcionar apoyo emocional, confort y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
- Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan.
- Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan y que contribuyen al final tranquilo de la vida. <sup>(20)</sup>

## **TANATOLOGIA**

### **Historia y evolución**

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad de la época “escondió” la muerte en un afán de hacerla menos visible.

Después en la década de 1960, se realizaron estudios que concluyeron que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante.

Sin embargo, a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra El Psiquiatra y el paciente moribundo), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro Sobre la muerte y los moribundos) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

La etimología del término Tanatología, viene del vocablo tanatos que deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche, La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón, por lo cual muchos la consideran diosa.

Thanatos (la muerte) es representada con un ánfora y una mariposa, en donde el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida. LOGOS, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (dar razón a la esencia del fenómeno).

Kübler-Ross Elizabeth se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia. Con su labor, la Dra. Kübler hace sentir a los pacientes moribundos que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin creó clínicas y hospicios cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.<sup>(21)</sup>

La nueva Tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”, mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

“La muerte es sólo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia y el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia”.- Elizabeth Kübler Ross. <sup>(21)</sup>

## **NECESIDADES DEL PACIENTE MORIBUNDO**

### **DIMENSIÓN FISIOLÓGICA**

#### **✓ Respiración**

Cuidados ante la aparición de disnea

- Elevar el cabecero de la cama (30-40 °).
- Administrar tratamiento médico prescrito: oxigenoterapia y fármacos.
- Evitar que la familia forme un círculo cerrado sobre el enfermo.
- Evitar presión torácica o abdominal con la ropa de cama y/o camisón o pijama.

Cuidados ante la aparición de secreciones

- Aspirar las secreciones abundantes y localizadas en la orofaringe. La aspiración innecesaria aumenta las secreciones, es traumática y molesta para el paciente.
- Colocar al paciente en la postura adecuada (decúbito lateral con la cabeza ligeramente inclinada) que haga menos audibles las secreciones.
- Comunicar al facultativo la aparición de secreciones a fin de disminuir la fluidoterapia si procede.

- Mantener una higiene bucal adecuada y retirar manualmente las secreciones cuando sea necesario.

✓ **Alimentación**

- Administrar dieta en función de su nivel de conciencia, retirándola si fuera necesaria para evitar la broncoaspiración de contenido alimenticio.
- Identificar la aparición de sed (sequedad de mucosas o que el paciente así lo exprese) y comunicarlo al facultativo correspondiente para hidratación intravenosa con fluidos si procede.

✓ **Eliminación**

Cuidados ante la aparición de incontinencia.

- No suele estar indicado el sondaje vesical, excepto cuando la frecuencia de cambio de absorbentes para adultos incontinentes ocasione más molestia que el producido por dicha técnica.
- Si existen fugas fecales proceder al cambio de absorbentes adaptándolo al estado del paciente.

Cuidados ante la aparición de retención.

- Si el paciente está agitado valorar la presencia de globo vesical y, si procede, realizar sondaje evacuador, valorando su permanencia.



### Cuidados ante la aparición de emesis

- Evitar broncoaspiración de contenido gástrico con medidas posturales adecuadas (decúbito lateral derecho si es posible).
- Administrar antieméticos según prescripción médica.
- En caso de que el vómito sea de origen central evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente.

### ✓ **Movilización.**

Siempre que se pueda, intentar sincronizar la movilización del paciente con el resto de cuidados, teniendo en cuenta: comodidad, postura preferida y presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad.

### ✓ **Reposo-Sueño**

- Proporcionar ambiente tranquilo, evitar ruidos innecesarios y limitar el número de visitas respetando las decisiones familiares.
- En el caso del paciente consciente intentar planificar los cuidados y ajustar el tratamiento prescrito a los ciclos vigilia/sueño, favoreciendo el descanso nocturno.
- En el paciente semi-comatoso o con agitación importante, administrar el tratamiento farmacológico según prescripción facultativa, evitando el uso de sujeciones mecánicas ya que aumentan el nivel de agitación.

✓ **Higiene/Estado de la piel**

Cuidados bucales en pacientes con bajo nivel de conciencia

- En el enfermo agónico se presenta una alteración multifactorial de la boca, originando numerosos problemas entre los que destaca la sequedad, siendo su manejo más eficaz con cuidados locales que la hidratación con sueros. El objetivo primordial es prevenir el dolor y fomentar el bienestar.
- Realizar la higiene con ayuda de cepillo infantil de cerdas suaves, para dientes, lengua y cavidad oral, torunda de gasa o dedo protegido con guante.
- Finalizar la higiene limpiando labios y comisuras hidratándolas con vaselina (contraindicado si el paciente está deshidratado o en tratamiento con oxigenoterapia).
- Para disminuir el dolor oral se puede utilizar Lidocaína viscosa al 2% (según prescripción).
- Las prótesis dentales se retiran, guardándose en un recipiente, debidamente etiquetadas.
- Prestar adecuada atención a la limpieza de las fosas nasales para mejorar la respiración y aliviar la sequedad.

Cuidados de los ojos

- Intentar mantener los ojos limpios e hidratados con suero fisiológico y gasas humedecidas.
- Si el paciente es portador de lentes de contacto deben retirarse.

### Úlceras por presión

- Mantener la piel seca e hidratada, aplicar placas hidrocoloides y/o protecciones en prominencias óseas, si son necesarias y hacer cambios posturales teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras.
- Prestar especial atención a aquellos dispositivos que pueden aumentar la aparición de úlceras por presión (sonda nasogástrica, sondas vesicales, ropa ajustada, etc.)

### ✓ **Temperatura**

En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas ya que provocan malestar al paciente. En caso necesario aplicar medicación antitérmica prescrita.

### ✓ **Seguridad**

El estado confusional es frecuente en el enfermo agónico (hasta el 80%). Es de origen multifactorial. Usar tratamiento farmacológico evitando, en lo posible, las restricciones mecánicas.

- En la sedación de estos pacientes se tiene en cuenta la opinión manifestada por el paciente y en su defecto por la familia.
- Evitar en lo posible la colocación de barandillas por la sensación de ahogo que éstas producen al paciente y familia. Durante el reposo-sueño se pueden usar, para prevenir caídas accidentales.<sup>(22)(23)</sup>

## **DIMENSIÓN ESPIRITUAL**

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente.

Es por esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. Como parte del cuidado que todo profesional de enfermería debe ofrecer, está el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado, especialmente en las de cuidado crítico. Siendo el hospital el lugar habitual de residencia de los enfermos graves o en el final de su vida, hemos ya mencionado cómo el personal de enfermería se ha visto confiar el cuidado de los pacientes según una cercanía global, física, emocional, espiritual.

Desde hace varios años se desarrolla un concepto de necesidad espiritual que cubre parcialmente el dominio religioso. Algunos acontecimientos de referencia ayudarán a descubrir lo que abarca esta noción.

La Declaración Francesa de los Derechos del Hombre de 1789 reconoce y garantiza la libertad religiosa y la libertad de expresión. Desde la separación de la Iglesia y del Estado, el artículo I de la ley del 9 de diciembre de 1905 estipula que la República asegura la libertad de conciencia. «Garantiza el libre ejercicio del culto bajo la sola restricción emanada del interés del orden público».

En virtud de este artículo, las capellanías permanecen de derecho en los hospitales, teniendo como tarea el permanecer efectiva, con

la posibilidad para todo ciudadano, incluso hospitalizado, de ejercer libremente su culto. No pudiendo asistir al culto, es preciso que el culto llegue hasta él...

En 1968, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una guía para la dotación de un hospital con personal de enfermería.

Margarita Paetznick abordaba las necesidades espirituales en el cuadro del confort psicológico: en este campo, el rol del personal de enfermería consistía en «ofrecer al enfermo la posibilidad de recibir la asistencia del ministro de su culto, de tener acceso a libros u objetos religiosos susceptibles de apoyo en la prueba".

En este documento, espiritual y religioso, se recupera la asistencia del ministro del culto, solicitada en razón del apoyo que puede aportar en la prueba y no como un derecho en sí mismo.

En 1969, Virginia Henderson, en otro documento de la OMS, afirma que respetar las necesidades espirituales de los enfermos y asegurar que puedan satisfacerlas en todas las circunstancias hace parte de los cuidados de enfermería de base.

En Canadá, en 1973, Kozier Du Gas, afirma que no se puede tratar a un enfermo en su conjunto sin aportarle una ayuda física, psicológica y espiritual.

C. Jomain definía en 1984 las necesidades espirituales tomadas en un sentido amplio: se trata de necesidades de las personas creyentes o no, a la búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o también deseando transmitir un mensaje al final de la vida.

El mismo año el primer congreso de cuidados paliativos de Ginebra reunía a más de 600 profesionales de la salud. Roette Polletti evocaba la dimensión espiritual del sufrimiento del canceroso, al cual debe responder un acompañamiento espiritual.

Estuvo organizada una mesa redonda sobre el apoyo psicológico y las necesidades espirituales de los pacientes y de las familias y Cosette Odier, capellán del CESCO (Centro de Estudios y de Cuidados Continuos) intervenía sobre las modalidades del acompañamiento espiritual».

Paralelamente la revista Jalnay publicaba un número especial en el cual el padre J. Pillot había hablado hasta entonces de sufrimiento psicológico, casi moral, utiliza explícitamente el término de necesidades espirituales del moribundo.

Este tema, numerosas conferencias (1989) lo trataron explícitamente. La revista AH (Capellanías Hospitalarias) consagraba el número de abril a la «experiencia espiritual de la enfermedad», cuyo primer artículo se titulaba: Necesidades espirituales y andadura religiosa. Cuando el Congreso de Ginebra sobre los cuidados paliativos, reuniendo esta vez más de 1.100 cuidadores, C. Odier intervenía con la noción de apoyo espiritual. En cuanto al Centro de Pluridisciplina de Gerontología de Grenoble, programaba una sesión de cuatro días sobre espiritualidad y fin de la vida.

En los cuidadores, hay pues una convergencia de interés para un tercer campo de comprensión de la persona enferma. Se asiste al reconocimiento explícito de necesidades que no son, ni estrictamente fisiológicas, ni precisamente psicológicas, calificadas anónimamente como «necesidades espirituales».

En julio de 1984, en el artículo primero del decreto referente al ejercicio de la profesión de enfermería, el Ministerio de la Salud consideraba la asistencia de las personas en sus últimos instantes de vida como el tercer objeto de los cuidados de enfermería, citado seguidamente después de promoción, conservación, restauración de la salud y el alivio del sufrimiento.

En agosto de 1986, el profesor J. F. Girard, Director General de la Salud, emitía una circular sobre los cuidados terminales a fin de apartarse de la falsa alternativa entre la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico y evitar los riesgos de una actitud únicamente esmerada frente a la muerte. Según la circular, «los cuidados de acompañamiento tienden a responder a las necesidades específicas de las personas llegadas al término de su existencia.

Comprenden un conjunto de técnicas de prevención y de lucha contra el dolor, de un asidero psicológico del enfermo y de su familia, de una toma de consideración de sus problemas individuales, sociales y espirituales. Espiritual está pues diferenciado aquí del psicológico en una antropología a cuatro bandas.

En fin, es también la sencilla expresión de la fe en la acción concreta de Dios y principalmente en las circunstancias donde la medicina llega a sus límites. Son los requerimientos que precisa la persona en la satisfacción de las necesidades de la fe y la esperanza y buscan apoyo en sus creencias religiosas para obtener el valor de afrontar la vida con dignidad, de esta manera el paciente encuentra que su religión es de gran ayuda

Las formas de respuestas del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades espirituales frente al paciente moribundo incluyen el Indagar sobre las creencias religiosas del paciente, establecer un contacto con el guía espiritual del paciente (Pastor, sacerdote, etc), Acompañar y/o facilitar las prácticas religiosas, Interpretar el dolo espiritual y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento, .

El personal sanitario debe atender estas necesidades y/o consultar con personal especializado en esta área o con el capellán. Asimismo, debe facilitar la expresión de la religiosidad en un ambiente adecuado. El objetivo de la asistencia espiritual, junto a los cuidados físicos y la asistencia a los familiares, es ayudar a quien sufre a dirigir y a llevar adelante en la enfermedad su proyecto de persona en todo momento. Nuestra actuación se desarrollará dentro del máximo respeto a las creencias del enfermo y a su deseo de ser ayudado o no en todas o algunas de las necesidades espirituales que se han mencionado anteriormente. Para un adecuado apoyo espiritual, desde una actitud de humildad y respeto, conviene: – Escuchar antes que hablar. – Comprender antes que convencer. – Aceptar antes que imponer. <sup>(24)(25)</sup>

#### **DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL**

- Adopta una posición de escuchar.
- Lograr el contacto visual con el paciente si es posible.
- Cuida la expresión facial.
- Procurar momentos de silencio.
- Tiene un adecuado tono de voz.
- Establecer contacto visual si es posible la persona



- Acoger la pena y estimule la expresión de sentimientos.
- Facilitar el contacto con el familiar
- Proporcionar alivio y establecer comunicación a través de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo.
- Considerar la atención del paciente moribundo como parte de un cuidado importante y no como una sobrecarga de trabajo.
- Mantener la comunicarnos verbal con el paciente moribundo mientras se realizan los cuidados de enfermería.
- Cuidar al paciente moribundo con el mismo respeto que se les brinda los demás pacientes. <sup>(26) (27)</sup>

## **EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES Y LA TANATOLOGÍA**

La enfermera es la profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes, es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente moribundo. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; la coloca en calidad de "salvadora" de una muerte indigna. Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. No son sus conocimientos sobre los

avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Es la mano amiga que ayuda al ser doliente; que lo acompaña en su caminar durante el sufrimiento y la enfermedad debe estar en equilibrio bio-psico-social y espiritual para estar pleno y dar una atención integral. Hay que amarnos, conocernos y aceptarnos tal como somos para amar, conocer y aceptar a los pacientes, sin que influya la raza, color, religión, estado civil, condición social, predicción sexual, etc.

Nosotros también iniciamos nuestro envejecimiento a partir en que fuimos concebidos y de manera paralela estamos en proceso de muerte, cada día vivido es un día menos de vida. Conforme pasa el tiempo nos damos cuenta que hemos tenido pérdidas importantes y por ello debemos incluir en nuestra conciencia la palabra muerte, como un proceso y no un instante o momento.

Tenemos el deber y la obligación de ayudar a nuestros enfermos a vivir, mas no a sobrevivir, pasando por estas etapas que son del curar al aliviar. Poner énfasis en las necesidades físicas, espirituales, y sociales de nuestros enfermos, que sean nuestro núcleo central de la profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte.

Utilizar de nosotros todos los sentidos para poder tener la capacidad para detectar las necesidades que requieren de manera individual cada uno de nuestros enfermos a través de la vista, tacto, oídos. Es un compromiso ético el no abandonar a un enfermo en el recorrido de su enfermedad sin importar cuál sea su consumación; es que al final de la

vida, justo antes de emprender la partida, el moribundo tenga una mano amiga con calidad humana; que le permita morir con su compañía, calmándole sus síntomas y mitigando sus temores.

Debido avances tecnológicos que hay en la actualidad y el exceso de trabajo, no hay espacio para dialogar, no se difunden lazos personales de enfermería-paciente, cada caso es distinto, cada enfermo es diferente y cada uno tiene sus requerimientos, que la vida como la muerte pertenece a cada uno de nosotros como seres vivos y que es inevitable.

Ver la muerte como un proceso, aceptarla con humildad y humanidad, para recorrer del curar al aliviar. Poseemos una responsabilidad renovadora con nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas desfavorables durante el recorrido de su enfermedad, respetando su individualidad, brindándole la oportunidad de partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente aceptable, cálido y lleno amor, nosotros proporcionándoles la compañía que cada paciente requiere. El personal de enfermería debe dar la calidad y calidez a sus enfermos permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor.

Virginia Henderson en 1966 dijo: “Ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apreciable y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia cuanto antes”. <sup>(28)</sup>

Yura y Walsh en 1978 conciben la acción de enfermería en el

moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice: “La enfermera(o) brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad y confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasiva; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”.

La carrera de enfermería no debe basarse a su labor teórica, debe de formar su propia experiencia a través del contacto con sus pacientes, lo cual le permitirá desarrollarse, establecer y ser un individuo que cada día sea más sensitivo para estar atento ante cualquier situación que se presente en cada momento. Como personal de enfermería ante la agonía y la muerte hay que establecer una correlación terapéutica y profesional con sentido de humanidad que nos exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeros.

Para lograr cada uno de nuestros objetivos es necesario tener una formación plena permitirnos aceptarnos y conocernos a nosotros mismos. En 1964 Windeenbach dijo: “Mientras no se logre el conocimiento de sí mismo es muy probable que la Enfermera (o) no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente”.

Este dominio terapéutico no solo llega al paciente, sino que se hace extenso a la familia, amigos y equipo de salud; esta debe tener una ayuda habitual. <sup>(29)</sup>

## **ACTITUD**

Es un tema que ha sido objeto de especial atención en la psicología social. Thomas y Znaniecki en 1918 llegaron a considerar la psicología social como “el estudio científico de las actitudes”; teniendo una importancia fundamental para comprender los problemas sociales más apremiantes de la actualidad.

Las teorías clásicas son aquellas que corresponden al período clásico de la psicología social cuando empiezan a desarrollarse las primeras concepciones teóricas. Estas se caracterizan por originarse en una definición que es atribuida a Gordon Allport (1935), el cual conceptualiza las actitudes como sigue:

“Actitudes son predisposiciones para reaccionar favorable o desfavorablemente frente a un objeto organizadas a través de la experiencia y que ejercen influencia directa o dinámica sobre el comportamiento”.

Krech & Crutchfield, (1948) “una organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos y cognoscitivos, en relación con el mundo en que se mueve la persona”.

Kimball Young (1967): “Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”.

Jiménez Burillo(1981), en su definición de actitud, señala las características más importantes de ésta: “Predisposición a actuar, aprendida, más o menos estable, dirigida hacia un objeto o situación, organizada de una forma estructurada y con unos elementos relacionados entre sí ”.

Gonzáles (1981), la actitud no es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de un modo determinado con preferencia a otro y que, a diferencia de los comportamientos, no se presta a la observación directa y, menos aún, no se puede aislar; por tanto, ésta debe ser inducida a partir de sus manifestaciones.

El análisis de estos enunciados, permite entonces mencionar que las actitudes son predisposiciones de reacción, es decir, ellas no pueden confundirse con conductas sino que preceden a la conducta.

Por esto, “actitud” en latín significa postura, que permite anticipar la conducta que va a tener una persona.

La persona desarrolla la capacidad psicosocial de anticipar o predecir la conducta de otro individuo, observando la actitud.

La definición dice también que estas predisposiciones implican una reacción favorable o desfavorable frente a un objeto.

## **COMPONENTES DE LAS ACTITUDES**

Sheriff y otros, 1965; Newcomb y otros, 1965; Freedman y otros, 1970 (citados por Darias, 2000) han hecho diferentes definiciones de la actitud, manifestando que ésta, está determinada por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y relativo a la conducta.

- **Estructura Cognoscitiva**

Lo que se puede suponer ante la actitud que se tiene frente a determinado objeto, es que se tienen cogniciones (no conocimientos), puesto que al tener una actitud, el individuo ya sabe algunas cosas de ese objeto de actitud y es probable que este conocimiento sea fruto de la observación, de estudios empíricos, producto de la percepción, de las creencia o del conocimiento popular. Por esto es que en vez de conocimiento se habla de cogniciones, las que pueden ser verdaderas, falsas, equivocadas, erróneas, etc. Este componente es medido con ítems cognitivos a través de una escala de medición de actitudes de Likert. De este modo, para medir el componente cognoscitivo debe redactarse un conjunto de ítems cognitivos, que midan las cogniciones de la persona frente a determinado objeto de actitud que se intenta medir.

- **Estructura Afectiva**

Lo afectivo es la emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable. Este componente surge a través de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos afectos recompensantes o de castigo.

- **Estructura Conductual**

Es una predisposición a actuar de una persona, inclinación de un comportamiento determinado ante un objeto, un sujeto o acontecimiento. Resultado de la sucesión de los aspectos cognoscitivo y emocional. <sup>(30)</sup>

## **CARACTERÍSTICAS**

Para Gonzáles (1981) cada actitud, presenta a su vez diferentes características como lo son: la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

- **La valencia o dirección**, es la que refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo, puede ser favorable o desfavorable. (Gonzáles, 1981).
- **La intensidad**, se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; se puede estar más o menos de acuerdo con algo (Gonzáles, 1981). La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.
- **La consistencia** es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes (el afectivo, el cognitivo y el reactivo) están acordes, la consistencia de la actitud será de máxima consistencia (Gonzáles, 1981)

## **FUNCIONES DE LAS ACTITUDES**

Las investigaciones han podido determinar al menos cuatro funciones de las actitudes:

- **Función adaptativa**

En todas las culturas los seres humanos desarrollamos algunas actitudes positivas hacia aquellos objetos que son recompensantes y desarrollamos actitudes negativas frente a



objetos castigadores, de modo que es difícil encontrar a un sujeto que tenga una actitud negativa frente a los padres, al contrario, tendrá una actitud positiva (puesto que ellos son un objeto recompensante, por el apoyo, la comprensión y el afecto que nos brindan). Obviamente la mayoría de los seres humanos desarrolla actitudes negativas frente a aquellos objetos de actitud que son castigadores (tal es el caso de la violación, el robo, el asesinato, etc.). De modo que muchas de nuestras actitudes nos sirven para adaptarnos al sistema de reforzamiento evitativo que impera en nuestra sociedad, es decir, vamos a desarrollar simpatía por aquellos objetos aprobados por la cultura o subcultura y antipatía por objetos rechazados por la cultura o subcultura. Esto explica cómo las actitudes se desarrollan a partir del cumplimiento de una función adaptativa.

- **Económica**

Un segundo grupo de actitudes se desarrolla a partir de una función económica. Es decir, a partir de una escasa información nos formamos una impresión respecto de un objeto de actitud, y en consecuencia, emitimos una actitud favorable o desfavorable. Este fenómeno es denominado “déficit cognoscitivo”, que se suple con la función económica, es decir, contando con escasa información logramos adoptar una actitud determinada que predispone una conducta.

- **Expresiva**

Esta función nos permite desarrollar actitudes como una forma de expresión de nuestros valores. De modo que muchas de nuestras

actitudes se desarrollan a partir de valores irrenunciables o trascendentales para nuestras vidas.

- **Defensiva**

Esta función nos permite entender por qué razón a veces las personas se comportan anti actitudinalmente o contra actitudinalmente. Esta función tiene una fuerte influencia de las investigaciones psicoanalíticas. Lo que se ha descubierto en estas investigaciones es que cuando se observan expresión de actitudes extremas o exageradas, no tenemos en psicología otro paradigma para explicarlas sino es a través de las posturas psicoanalíticas. <sup>(31)</sup>

## **MEDICIÓN DE LA ACTITUD**

Para la medición de la actitud según la dirección; Aceptación, Indiferencia y Rechazo.

- **Aceptación.-** Tendencia de acercamiento hacia la persona a la cual se tiene determinada actitud. En sentido de comprensión viene a ser la predisposición para la aceptación y adhesión orientados a la prudencia y el respeto de la dignidad de la persona, consiste en tratar de comprender la realidad lo mejor que podamos y enfocarnos en aquellos aspectos beneficiosos que podemos realizar.
- **Indiferencia.-** Es un tipo de aislamiento, el cual se produce cuando el efecto asociado con la idea frustrante es bloqueado. La persona que usa el aislamiento como forma de actitud puede admitir intelectualmente sentimientos de frustración, pero se aísla

por no experimentar emocionalmente dichos sentimientos. La separación puede ser física o mental y/o emocional.

- **Rechazo.-** Cuando una actitud es negativa, se presenta el recelo que aleja a las personas. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismos de defensa con que responde de la persona que se encuentra en tensión. <sup>(32)</sup>

### 2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- ✍ ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.- Es la respuesta expresada del profesional de enfermería que se evidencia en la forma de pensar, sentir, y predisposición de comportamiento cuando brinda un cuidado integral al paciente moribundo respecto a las necesidades fisiológica, espiritual y psicoemocional. El cual fue obtenido a través de una escala de Likert y valorado en aceptación, indiferencia y rechazo.
- ✍ PACIENTE MORIBUNDO.- Es la persona que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, no mejora al tratamiento, presenta síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con proximidad al término de su vida.
- ✍ CUIDADO DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE MORIBUNDO.- Es el conjunto de actividades que realiza el profesional de enfermería al paciente moribundo dirigido a satisfacer las necesidades fisiológicas, espirituales y psicoemocionales.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, porque permite asignar un valor numérico a la variable de estudio, nivel es aplicativo, ya que parte de la realidad para luego modificarla; método descriptivo simple de corte transversal porque permite presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue el cual cuenta con 7 áreas de atención al público en el cual laboran 50 profesionales de enfermería distribuidos en 10 por cada uno de los 5 grupos de rotación.

#### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población (N) de estudio estuvo conformada por los 50 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

#### **3.4. UNIDAD DE ANALISIS**

Profesional de Enfermería que labora en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. Criterios de Inclusión**

- Profesional de enfermería que labore en el servicio de emergencias con un mínimo de antigüedad de 6 meses.
- Profesional de enfermería de ambos sexos, nombradas y contratadas
- Profesional de enfermería que acepte participar en el estudio.

#### **3.5.2. Criterios de Exclusión**

- Profesional de enfermería de vacaciones y/o licencia por maternidad o enfermedad.
- Profesional de enfermería que se encuentre desempeñando administrativo.

### **3.6. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un formulario tipo escala de Lickert, que consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos con 15 preguntas, relacionadas a las dimensiones: Fisiológica (5), Espiritual (5) y Psicoemocional (5) (Anexo B). El mismo que fue sometido a juicio de expertos, siendo procesada la información en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo F). Posterior a ello se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo G) y la Confiabilidad a través de la prueba Alfa de Crombach (Anexo H).

### **3.7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.**

Para la implementación del estudio se realizaron los trámites administrativos mediante una carta dirigida al Director del Hospital Nacional Hipólito Unanue a fin de obtener la autorización, luego se llevó a cabo la coordinación con la Enfermera Jefa del servicio de Emergencias con el fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando de 20 a 30 minutos para su aplicación, previo consentimiento informado.

Una vez recolectados los datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel, previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz (Anexo D y E). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos, a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la escala de estacionones, valorando en aceptación, indiferencia y rechazo. (Anexo I).

### **3.8. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para ejecutar el estudio se tuvo en consideración contar con la autorización de la institución, así como la del servicio de Emergencias y el consentimiento informado de los sujetos de estudio (Anexo C), expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial y solo será usado para los fines del estudio.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos:

#### **4.1. RESULTADOS**

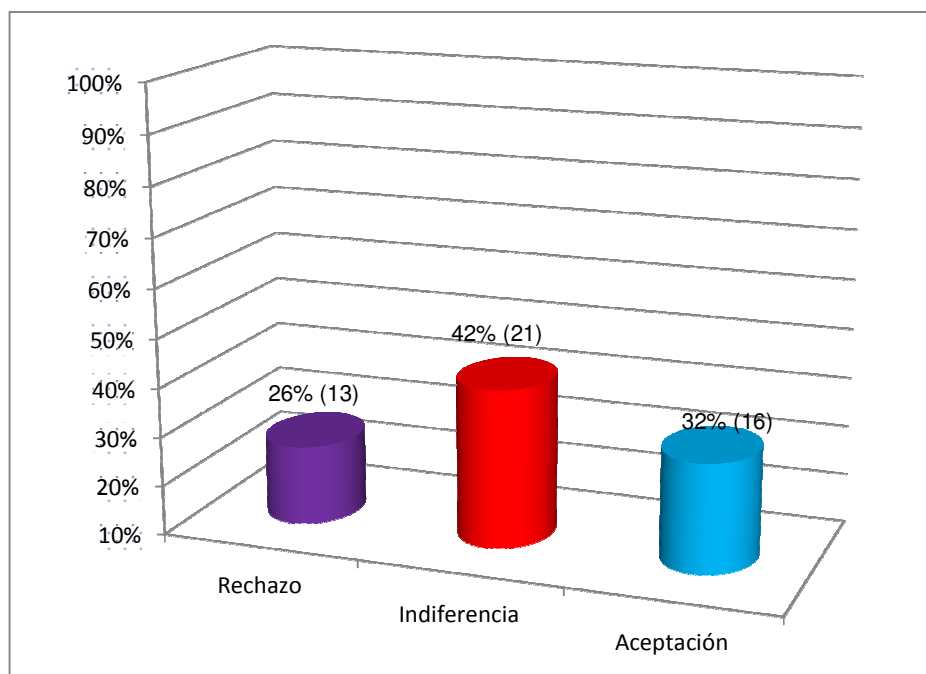
En cuanto a los datos generales de las enfermeras(os) del servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue del 100%(50), respecto a la edad 44%(22) tienen entre 31 a 40 años, 38%(19) más de 41 años y 18% (09) de 20 a 30; referente al sexo 74%(37) son de sexo femenino y 26%(13) masculino; de acuerdo al tiempo de servicio en emergencias, 66% (33) tienen más de 6 años, 32% (16) tienen de 1 a 5 y el 2% (1) tiene menos de un año; según el grado de especialista, el 70%(35) tiene especialidad en Emergencias y Desastres y el 30 % (15) no tiene especialidad o se encuentra cursando los estudios. (Anexo J).

Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de profesionales de enfermería tiene entre 31 a 40 años, son del sexo femenino, tienen más de 6 años trabajando en el servicio de emergencias, y tienen especialidad en Emergencias y Desastres.

Acerca de la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue del 100% (50), 42% (21) tiene una actitud de indiferencia, 32% (16) de aceptación y el 26% (13) de rechazo (Anexo K).

## GRAFICO Nº 1

### ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE. LIMA – PERU 2013



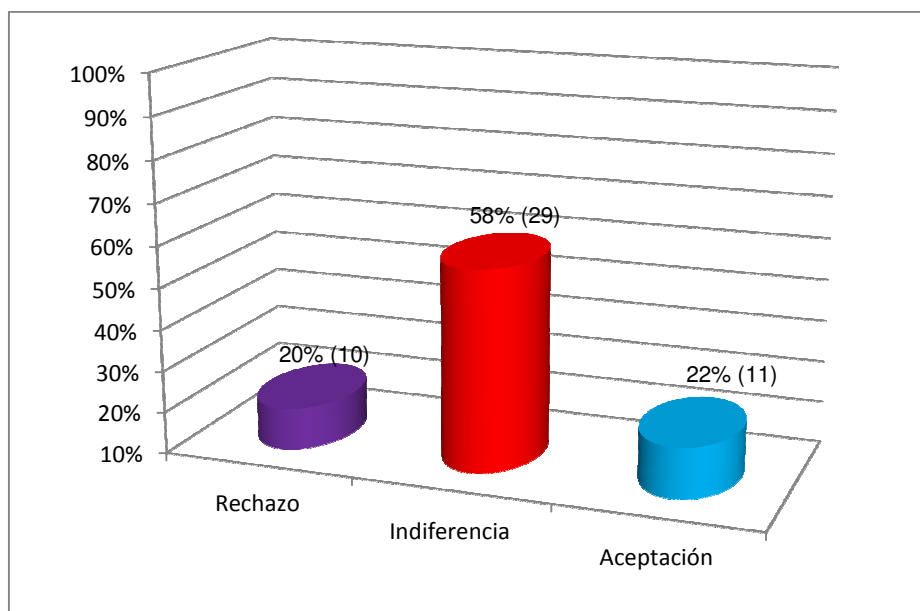
*Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería HNHU 2013*

La actitud de indiferencia esta dado por que consideran que la higiene del paciente moribundo no es relevante, de igual modo el apoyo espiritual y que no es necesario brindarle un ambiente de privacidad (Anexo M, O, Q)



**GRÁFICO Nº 2**

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL  
CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU  
DIMENSIÓN FISIOLÓGICA EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL  
HIPOLITO UNANUE  
LIMA – PERU  
2013**

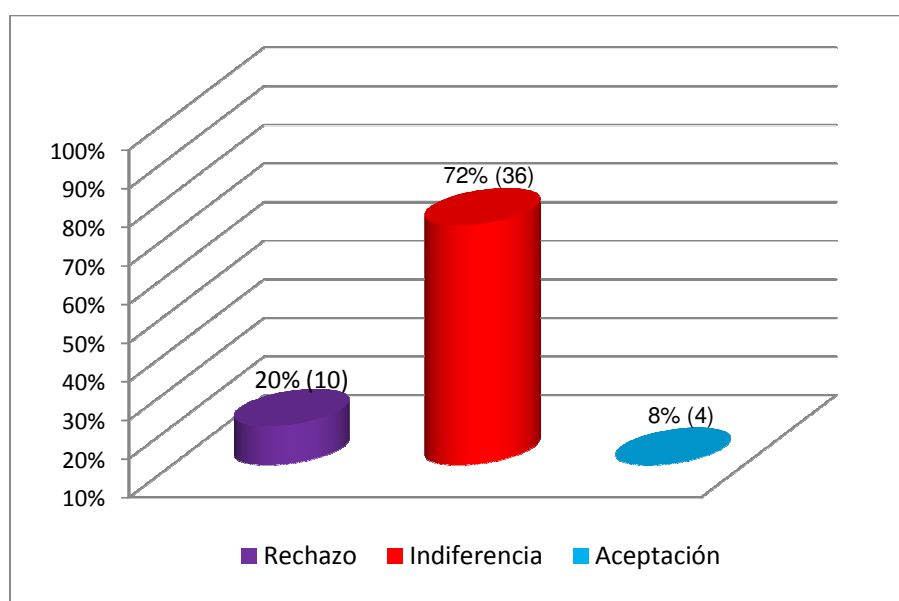


**Fuente:** Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería HNHU 2013

Respecto a la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica en el servicio de emergencias del HNHU, del 100% (50), 58% (29) tiene una actitud de indiferencia, 22% (11) aceptación y 20% (10) rechazo (Anexo L). Los aspectos referidos a actitud indiferente está dado porque 52% (26) consideran que dada la condición del paciente su higiene no es relevante, la actitud de aceptación porque el 54% (27) piensa que la administración de analgésicos al paciente moribundo es importante, finalmente la actitud de rechazo esta dado porque el

**GRAFICO N° 3**

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL  
CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN  
ESPIRITUAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS  
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO  
LIMA – PERU  
2013**



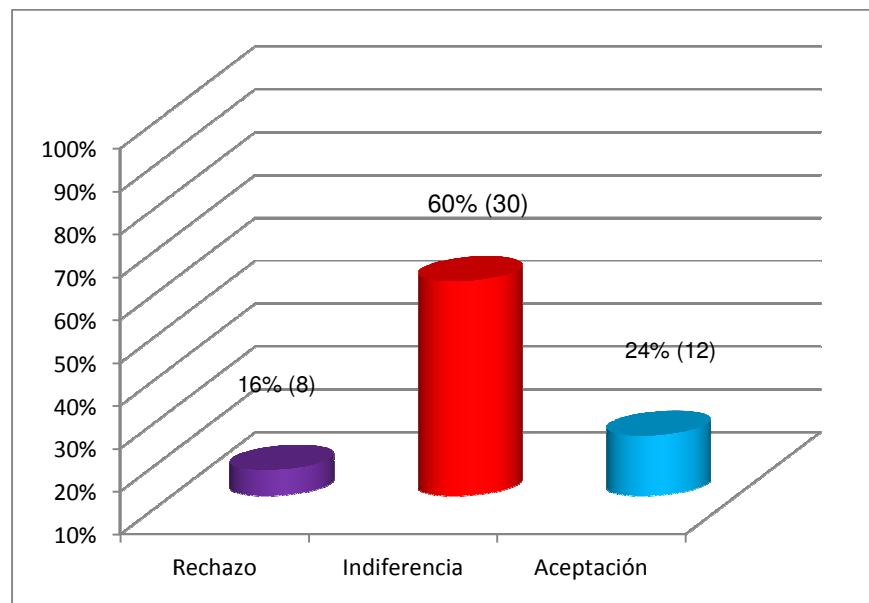
**Fuente:** Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería HNHU 2013

30%(15) expresa que no es necesario el cambio de posición al paciente moribundo. (Anexo M).

En relación a la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión espiritual en el servicio de emergencias del HNHU, del 100% (50), 72% (36) tiene una actitud de indiferencia, 20% (10) rechazo y 8% (4) aceptación (Anexo N). Los aspectos referidos a actitud indiferente está dado porque el 56% (28) considera que no es relevante el apoyo espiritual para el paciente moribundo, 52% (26) piensa que no es importante indagar sobre las

**GRAFICO N° 4**

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL  
CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN  
PSICOEMOCIONAL EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIAS DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE.  
LIMA – PERU  
2013**



**Fuente:** *Instrumento* aplicado al Profesional de Enfermería HNHU 2013

creencias religiosas del paciente moribundo, en cuanto a la actitud de rechazo 26% (13) refiere que le disgusta la realización de ritos y ceremonias espirituales de despedida del paciente moribundo y la actitud de aceptación 42% (21) expresan que es importante conservar los objetos religiosos que pudiera tener el paciente y es necesario informar al familiar la necesidad de un guía espiritual (Anexo O).

En relación a la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional en el servicio

de emergencias del HNHU, del 100% (50), 60% (30) tiene una actitud de Indiferencia, 24% (12) aceptación y 16% (8) rechazo (Anexo P)

Los aspectos referidos a la actitud indiferente está dado porque el 52% (26) considera que dada la condición del paciente es irrelevante brindarle un ambiente de privacidad, así mismo piensan que mantener una comunicación verbal con el paciente moribundo no es importante, en cuanto a la actitud de aceptación 50% (25) expresa que el paciente moribundo debe ser tratado con el mismo respeto que se les brinda a los demás pacientes y la actitud de rechazo esta dado porque 24% (12) considera que el cuidado del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podrían utilizar para cuidar a otros pacientes. (Anexo Q).

#### **4.2. DISCUSION**

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que deberá adoptan ante ella, siendo ellos quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

La actitud es el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción de la persona. Es la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas y controlarlas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección.

Es evidente que para brindar un óptimo cuidado al paciente en situación de enfermedad terminal, la enfermera tiene que fundamentar, su actividad profesional en un conjunto de conocimientos científicos,

tecnológicos, humanistas y conductuales favorecedores hacia la persona que requieren su ayuda profesional, ese cuidado es considerado como un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales.

En consecuencia, el cuidado ocurre en aquellas situaciones donde hay disminución y/o pérdida de la autonomía de la persona para poder hacerlo por sí misma; esto exige a la enfermera asumir actitudes favorables que demuestren preocupación por el estado de salud de la persona enferma, en este caso moribunda.

Estos cuidados están dirigidos a la satisfacción de sus necesidades, brindándoles una mejor calidad de vida encaminados al control de los síntomas fisiológicos así como los aspectos espirituales y psicoemocionales.

Es un compromiso ético el no abandonar a un enfermo en el recorrido de su enfermedad sin importar cuál sea su consumación; asegurándonos que al final de su vida el paciente moribundo tenga una mano amiga con calidad humana; que le permita morir en compañía, calmándole sus síntomas y mitigando sus temores.<sup>(12)</sup>

Yura y Walsh en 1978 conciben la acción de enfermería en el paciente moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice: “La enfermera(o) brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa.

Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad y confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasiva; por el contrario ser compasivo y

misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declara que los objetivos de los cuidados a los pacientes moribundos son:

- Dar atención integral al paciente y a su familia
- Alivio del dolor y otros síntomas.
- Reafirmar la importancia de la vida y ver la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo a los pacientes para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- No acelerar y aplazar la muerte
- Aplicar una atención paliativa durante el proceso de la enfermedad junto a otras terapias de tratamiento activo.

Álvarez (2010) concluyó que “en cuanto a la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, 61,5% tienen una actitud de indiferencia, 20,5% aceptación y 18% rechazo”, la mayoría de los profesional de enfermería presenta una actitud de indiferencia. Por otro lado Larico (2010) concluye que la mayoría de los estudiantes de enfermería (62,16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal.

Por lo que se puede concluir de acuerdo a los resultados del estudio que la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia los cuidados del paciente moribundo el mayor porcentaje es de indiferencia, ya que expresan que dada la condición del paciente es innecesaria su higiene y el apoyo espiritual;

seguido de un menor porcentaje significativo con una actitud de aceptación referido a que expresan que la administración de analgésicos es importante, así mismo informar al familiar sobre la necesidad de un guía espiritual y ser tratado con el mismo respeto que se les brinda a los demás pacientes; un mínimo porcentaje tienen una actitud de rechazo que esta dado porque expresa que el cambio de posición al paciente moribundo no es necesario, le disgusta la realización de ritos y ceremonias espirituales de despedida del paciente y que la atención del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podría utilizar para atender a otros pacientes.

El paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y nuestro objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su calidad de vida.

Es frecuente que en un paciente moribundo coexistan múltiples síntomas, que sean cambiantes, intensos y su origen sea debido a múltiples factores y que, además, causen en él un cierto grado de incapacitación, preocupación e impacto emocional, entre los problemas más frecuentes estan el dolor, respiratorios, nutrición, eliminación, movilización, reposo y sueño, higiene, temperatura y seguridad

La intensidad de los síntomas depende de muchos factores que rodean al paciente como la compañía, el afecto, la distracción, el ambiente, que pueden modificar la percepción y la sensación del dolor u otros síntomas. Por lo general, a medida que avanza la enfermedad, el número de síntomas y su intensidad se incrementan, los cuidados brindados deben estar adaptados a su situación, pronóstico, ubicación y es necesario establecer las prioridades de cada momento.

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente, el hecho de tener un contacto más continuo e intenso, implica que con frecuencia establezca relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz. Debe ser capaz de responder profesionalmente ante el paciente, estar familiarizada con los tratamientos farmacológicos y otros métodos invasivos y no invasivos, con el objetivo de mitigar las molestias que pueda causar su enfermedad y favorecer su bienestar.

El profesional de enfermería debe estar cerca, próxima y asequible tanto para el paciente como para su familia, observa situaciones, su atención es continuada junto al paciente y sirve de enlace entre el paciente y otros profesionales.

Cuando la mejora de un paciente ya no es posible nuestro objetivo se centra en proporcionar el máximo bienestar y alivio. Esto se logra en gran medida asegurando una prestación de cuidados integrales, en los que tengamos claro que el bienestar es algo subjetivo para cada individuo, y lo vive de forma personal y diferente con respecto a los demás, en cuidados paliativos uno de nuestros objetivos fundamentales es el control de los síntomas, que darán cobertura a todo el abanico de necesidades; entre ellas las fisiológicas, que son inherentes a todo proceso terminal, y cuyo abordaje se encamina a conseguir ese bienestar deseado, para el paciente.

Ruland Y Moore; refieren que la parte fundamental de la experiencia del final tranquilo de la vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión física potencial o real.



Al respecto, Larico (2010) concluyó, en cuanto a la actitud hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal que “La mayoría de los estudiantes de enfermería (63,52%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal en la satisfacción de las necesidades fisiológicas. Por otro lado Mallma (2006) concluyó, que “Las enfermeras brindan ya solo al paciente moribundo cuidados físicos como son los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos: necesidades de agua, oxígeno, alimentos, eliminación, movilización, reposo, sueño, abrigo y alivio del dolor”.

Por lo que se puede concluir de acuerdo a los resultados del estudio que la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia los cuidados del paciente moribundo en la dimensión fisiológica, el mayor porcentaje es de indiferencia referido a que consideran que dada la condición del paciente su higiene no es relevante, les desagrada brindarle confort al paciente moribundo y el cambio de posición no es necesario; seguido de un menor porcentaje significativo con una actitud de aceptación referido a que piensan que la administración de analgésicos al paciente moribundo es importante y les agrada brindarle confort al paciente moribundo y un mínimo porcentaje tienen una actitud de rechazo ya que expresan que no es necesario el cambio de posición al paciente moribundo y que las medidas de bioseguridad son irrelevantes en el paciente moribundo; lo cual puede condicionar a que la enfermera(o) adopte un comportamiento no asertivo perdiendo la esencia del cuidado, realizándolos como parte de sus labores sin la fragilidad humana que nos caracteriza, obliga a pensar si al perder el humanismo, no se actúa como robots sofisticados programados tan solo para realizar acciones sobre los demás.

A nivel espiritual el enfermo terminal sufre una crisis y experimenta la propia limitación y fragilidad humana. Las interrogantes existenciales más profundas salen a relucir teniendo en cuenta que es la última etapa de la vida, el hombre de fe sublima su dolor, le da un significado; pero el que no tiene fe, convierte su dolor en desesperación. El profesional de enfermería tendrá que tener una empatía constante, evaluar sus reacciones y comprender su enfermedad.

El cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería al paciente moribundo es una labor esencial e indispensable en todas las unidades de atención, especialmente en las áreas de emergencias. Es necesario ayudarlo a descubrir la presencia del Dios Padre bueno y misericordioso que lo acompaña y le infunde valor, fe y esperanza.

No es fácil humanizar la asistencia sanitaria, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un planteamiento conceptual además de las condiciones que lo hagan posible, porque la enfermera(o) se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, con calidez y seguridad, a personas que viven diversas experiencias.

La gran cantidad de tareas que se encomiendan a diario a este tipo de profesional, le convierten en una especie de máquina que se le programa para producir trabajo en masa, olvidando el sentido humanístico de la atención; por la diversidad de labores encomendadas, el fin de la atención se enfoca en sacar cantidad, olvidando en muchas ocasiones del significado de brindar un cuidado integral

Al respecto Larico (2010), concluyó “que en la dimensión espiritual, la gran mayoría 77.03% presento una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal,”

Por lo expuesto de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia los cuidados del paciente moribundo en su dimensión espiritual el mayor porcentaje es de indiferencia, referido a que consideran que no es importante el apoyo espiritual ni indagar sobre las creencias religiosas del paciente moribundo, seguido de un menor porcentaje considerable de rechazo referido a que les disgusta la realización de ritos y ceremonias espirituales de despedida y un mínimo porcentaje de aceptación, referido a expresan que es importante conservar los objetos religiosos que pudiera tener el paciente moribundo y que es necesario informar al familiar la necesidad de un guía espiritual; siendo estos resultados desfavorables para satisfacer la necesidad espiritual del paciente quien necesita encontrar una fuente de consuelo y tranquilidad en sus creencias religiosas y espirituales.

A nivel psicoemocional el enfermo terminal es un ser fatigado, hipersensible, inseguro, dependiente. En su actitud de rechazo puede adoptar posturas contradictorias: resignación, heroísmo, rebelión, angustia, superación. Muchas son sus necesidades: necesita acogida y atención, estar acompañado y ser tratado con amabilidad, escuchado y comprendido; sentirse útil, ser respetado y protegido, estar informado sobre el proceso de su enfermedad y participar activamente en las decisiones frente a la vida; conocer sus gustos y aficiones, apoyarle empáticamente en la integración de esta nueva forma de vida.

Se considera que la audición es el último sentido que desaparece; en consecuencia, aunque el paciente no pueda responder, suele comprender lo que dicen las personas. Cuando se habla a un paciente moribundo, debe hacerse con claridad y con voz normal. Hay que evitar el murmullo, porque puede inquietar al paciente que se da cuenta que están hablando y no obstante es incapaz de comprender lo que dicen. El profesional de enfermería debe estar presente en estos detalles que los familiares no tienen en cuenta, y sin querer, le están produciendo al familiar una situación de angustia y sufrimiento.

Por otra parte, ante la creciente utilización de las tecnologías en todas las áreas de la salud, y dado que la Enfermería forma parte de este grupo, no escapa a la influencia de la ciencia, y por tanto a la utilización de una serie de instrumentos tecnológicos puestos al servicio de la disciplina. Es común en la práctica diaria de los(las) profesionales en esta área, la utilización constante de monitores cardíacos, esfigmomanómetros digitales, termómetros laser, oximetrías de pulso, y una serie de aparatos eléctricos, que si bien han aligerado la atención, también han provocado un fenómeno muy común en los(las) usuarios(as) del fenómeno denominado “hambre de piel”. En la prisa por colocar un instrumento, y bajo la cotidianidad y rutina de las acciones realizadas a diario, muchos de los profesionales en Enfermería han olvidado la importancia del contacto piel a piel; la importancia de sacar un momento para sentarse al lado del usuario(a) y hablar de sus miedos, sus dudas, sus inquietudes, o simplemente el hecho de saludarles con una sonrisa al llegar al servicio en donde ellos(as) se encuentran.

Al respecto la investigación de Stefani Larico Barrientos (2010), concluyó “que en la dimensión psicoemocional, la mayoría de los estudiantes 56,76% presentó una actitud de indiferencia”.

Por lo que se puede concluir de acuerdo a los resultados del estudio que la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia los cuidados del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional el mayor porcentaje es de indiferencia referido a que consideran que dada la condición del paciente es irrelevante brindarle un ambiente de privacidad, así como mantener una comunicación verbal; seguido de un menor porcentaje significativo con una actitud de aceptación referido a que expresan que el paciente moribundo debe ser tratado con el mismo respeto que se les brinda a los demás pacientes y un mínimo porcentaje tienen una actitud de rechazo ya que expresan que el cuidado del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podrían utilizar para cuidar a otros pacientes, estos resultados contribuyen con la deshumanización de la atención favorece al aumento de estrés de los pacientes, hay que recordar que debemos establecer una comunicación de empatía para obtener la confianza del paciente y humanizar la atención.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Luego de realizado el estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- La actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia el cuidados del paciente moribundo el mayor porcentaje es de indiferencia, considerando las dimensiones fisiológica, espiritual y psicoemocional, en las que consideran que dada la condición del paciente es innecesaria su higiene, apoyo espiritual y que la atención del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podría utilizar para atender a otros pacientes.
- Respecto a la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica el mayor porcentaje es de indiferencia referido a que consideran que dada la condición del paciente su higiene no es relevante, les desagrada brindarle confort al paciente moribundo y el cambio de posición no es necesario; seguido de un menor porcentaje significativo con una actitud de aceptación referido a que piensan que la administración de analgésicos al paciente moribundo es importante y les agrada brindarle confort al paciente moribundo y un mínimo porcentaje tienen una actitud de rechazo ya que expresan que no es

necesario el cambio de posición al paciente moribundo y que las medidas de bioseguridad son irrelevantes en el paciente moribundo.

- En cuanto a la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión espiritual, el mayor porcentaje es de indiferencia, referido a que consideran que no es importante el apoyo espiritual ni indagar sobre las creencias religiosas del paciente moribundo, seguido de un menor porcentaje considerable de rechazo referido a que les disgusta la realización de ritos y ceremonias espirituales de despedida y un mínimo porcentaje de aceptación, referido a expresan que es importante conservar los objetos religiosos que pudiera tener el paciente moribundo y que es necesario informar al familiar la necesidad de un guía espiritual.
- Acerca a la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional el mayor porcentaje es de indiferencia referido a que consideran que dada la condición del paciente es irrelevante brindarle un ambiente de privacidad, así como mantener una comunicación verbal; seguido de un menor porcentaje significativo con una actitud de aceptación referido a que expresan que el paciente moribundo debe ser tratado con el mismo respeto que se les brinda a los demás pacientes y un mínimo porcentaje tienen una actitud de rechazo ya que expresan que el cuidado del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podrían utilizar para cuidar a otros pacientes

## **5.2. LIMITACIONES**

La limitación derivada del estudio es:

- Los resultados y las conclusiones solo son válidos y generalizables para la población de estudio.

## **5.3. RECOMENDACIONES**

- Que el Departamento de Enfermería en coordinación con el servicio de emergencias formule estrategias de educación permanente orientada a actualizar y mejorar los cuidados al paciente moribundo y familia.
- Que se elabore protocolos de atención para este tipo de pacientes, que incluya normas de visita al familiar, espacios privados y orientación espiritual.
- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud en el sector privado y público.
- Realizar estudios de tipo cualitativo sobre la atención al paciente moribundo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1)(5)(4) La Muerte. Fundación AMMAR AYUDANDO (artículo en internet) Guatemala 2012. (Citado 19 de febrero 2012). Disponible en: [http://www.fundacionammarayudando.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=56&Itemid=60](http://www.fundacionammarayudando.org/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=60)

(2)(3)(7)(6) El proceso De Morir. Portal BuenasTareas.com (artículo en internet) México 2012. (Citado agosto del 2012). Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Proceso-De-Morir/5111440.html>

(5) La Muerte. Portal BuenasTareas.com (artículo en internet) México 2012. (Citado enero del 2010). Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Muerte/90361.html>

(8) Sureda, Manuel. Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. México 2010. Portal BuenasTareas.com (artículo en internet) disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Atencion-Al-Paciente-moribundo/1324025.html>

(9) La Enfermera ante el Paciente Moribundo. Revista de Enfermería (artículo en internet) Colombia 2013. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm>

(10) Zamora, Alicia. El Enfermo Terminal y la Muerte. Revista Bioética y Ciencias de la Salud Vol. 5 N°2.

(11) Paz Amalia. Actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma. México, 2009. (Artículo en internet) Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59300132/Actitud-Del-Profesional-de-Enfermeria-Ante-La-Muerte-de-La-Persona-Criticamente-Enferma-Uci-i-a-h-u-l-A>

(12) Maza, M y Zavala, M. Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. Chile 2009. (Artículo en internet) Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>

(13) Llanta, M y Otros. Ansiedad y actitudes ante la muerte. Cuba. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Universidad Médica de la Habana. (2008). Disponible en: [http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com\\_joomlib/ebooks/PS10\\_%2027-58.pdf](http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS10_%2027-58.pdf)

(14) Colell, Ramón. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en Estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña. (Tesis Doctoral). España 2005. Pág. 55, 219 -221.

(15) Colell, R y Limonero, J. Investigación en Salud: Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. México, 2003. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14250205.pdf>.

(16) Alvarez, Jenny. Actitud del Enfermero(a) hacia el Proceso de la Muerte de sus Pacientes en el Servicio de Emergencias de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins". (Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Emergencias y Desastres). Lima – Perú. UNMSM 2010.

(17) Larico, Stefani. Actitudes de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal. (Tesis para optar el título de Licenciatura de Enfermería). Lima, UNMSM - 2011.

(18) Mallma, Julia. Vivencias de la enfermera en el cuidado al Paciente Moribundo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería). Lima, UNMSM - 2006.

(19) Buigues, Francisco y Torres, Jordi. Paciente terminal. 1<sup>era</sup> Edición. España. P 2. Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>

(20) Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España (2009) Disponible en <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/-la-vida-30.html>

(21) Bravo, Margarita. Tanatología y Psicoterapeuta Corporal. Volumen 7. México. Editorial DGSCA-UNAM, 2006. pp 5 – 9 disponible en [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago\\_art62.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf).

(22) Potter, P.A. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4<sup>a</sup> Edición. Madrid. Ed: Hacourt Brace.S.A. 1999. Pág 16-23.

(23) González, Jaime. Cuidados en el proceso agónico. España. Portal la suma de todos. (2009) Versión: 2. Disponible en <http://www.madrid.org>

(24) Atención de Enfermería al Paciente Moribundo. Portal Buenas Tareas.(2013). Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Atenci%C3%B3n-Enfermer%C3%ADa-Paciente-Moribundo/1198403.html>.

(25) Astrada, Elizabeth. Proyecto de Investigación: Acciones que realiza el profesional de enfermería para la Satisfacción de necesidades emocionales y espirituales del adulto mayor. Córdoba.2009. Disponible en: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/astrada\\_elizabet.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/astrada_elizabet.pdf)

(26) J. H. Thieffrey. Necesidades Espirituales del Enfermo Terminal. Disponible:[http://mercaba.org/FICHAS/Muerte/necesidades\\_espirituales\\_delenfermo.htm](http://mercaba.org/FICHAS/Muerte/necesidades_espirituales_delenfermo.htm). Pág. 222-236

(27) Muñoz Cobos y Portillo Strempel. La familia en la enfermedad terminal. España (2005). Disponible en [http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument.aspx?documentos=documentos\\_enfermeria/253](http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument.aspx?documentos=documentos_enfermeria/253)

(28) Uribe, Clemencia. La Enfermera ante el paciente moribundo. Colombia. 2013. Pág. 1,2. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm>.

(29) Maqueo, Pilar. El papel de la enfermera en la tanatología. Sociedad Mexicana de Cardiología. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4n.pdf>. pág. 69 y 70.

(30) James, O Whittaker. Psicología. 3ra.edición. México. Ed. Interamericana, S.A. de C.V. (1981). . Pag. 623 – 635.

(31) Myers, David. Psicología social. 8va Edición. México. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 2005. Pag 137-142

(32) H.J. Eysenck y G.D. Wilson. Psicología Humana. 1ra Ed. Mexico. El Manual Moderno, S.A. 1980. Pag 259-279

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ✓ BUNGE, MARIO; La ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires. Ediciones siglo XX s/f. 1971.
- ✓ FIREDERICH, DORA; Psicología. 4° Edición. Barcelona. Ed. Gerder S.A. 1981
- ✓ CHAPLIN, JAMES. Psicología, Sistemas y teorías. 3° Edición. Ed. Interamericana S.A. 1978
- ✓ BEARE Y MYERS. El tratado de Enfermería Mosby. 3° Edición. España. pág. 1020 – 1022- 1995
- ✓ BRUERA EDUARDO; “Guía de cuidados Paliativos para América Latina y el Caribe”.
- ✓ ELBA E. SUAREZ; “Cuando la Muerte de acerca”. Edit. Mc Graw – Hill Interamericana, España. 1998.
- ✓ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación. 3<sup>ra</sup> Edición. México. Editorial MCGRAW – HILL. 2003.
- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Cuidados Paliativos. 1998.
- ✓ <http://www.definición.org/diccionario/220>
- ✓ <http://www.buenastareas.com/search.php>.

- ✓ SANTOS, F. y Otros. Metodología Básica de Investigación Científica en Enfermería. Madrid – España. Ediciones Díaz de Santos S. A. 2004.
- ✓ La muerte, disponible en [http://html.rincondelvago.com/la-muerte\\_2.html](http://html.rincondelvago.com/la-muerte_2.html).
- ✓ Paciente terminal, disponible en <http://www.monografias.com/trabajos98/pacientes-moribundos/pacientes-moribundos.shtml>

# **ANEXOS**



## INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la Variable	I
B. Instrumento	IV
C. Consentimiento informado	VII
D. Tabla de códigos	VIII
E. Tabla matriz	X
F. Prueba binomial	XIII
G. Validez del instrumento	XIV
H. Confiabilidad del instrumento	XV
I. Medición de la variable	XVI
J. Datos generales del Profesional de Enfermería	XX
K. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de Emergencias del hospital nacional Hipólito Unanue. 2013	XXI
L. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	XXI
M. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica en el servicio de emergencias por ítems en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	XXII
N. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión espiritual en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2013	XXIII
O. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión espiritual en el servicio de emergencias por ítems en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	XXIV
P. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión Psicoemocional en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	XXV
Q. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional en el servicio de emergencias por ítems en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013	XXVI

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION DE VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS	Es la predisposición de actuar del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente que está agonizando e incluye las dimensiones: fisiológicas, espirituales y psicoemocional. El cual fue obtenido a través de la escala de Likert.	Fisiológica	<p>Se tendrán en cuenta la satisfacción de las necesidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración</li> <li>- Alimentación</li> <li>- Eliminación</li> <li>- Movilización.</li> <li>- Reposo-Sueño</li> <li>- Higiene/Estado de la piel</li> <li>- Vestido</li> <li>- Temperatura</li> <li>- Seguridad</li> </ul>	Es la respuesta expresada del profesional de enfermería que se evidencia en la forma de pensar, sentir y predisposición conductual hacia la atención del paciente que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, presenta síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con proximidad al término de su vida y que se encuentra en el servicio de emergencias, el cual será medido mediante un cuestionario en cual tendrá ítems destinados a la satisfacción de las 3 dimensiones planteadas, en donde el profesional de enfermería se autoevaluará logrando obtener información por auto informe.	<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia</p> <p>Rechazo</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION DE VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
		Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indaga sobre las creencias religiosas del paciente.</li> <li>- Logra establecer un contacto con el guía espiritual del paciente (Pastor, sacerdote, etc)</li> <li>- Interpretar el dolor espiritual y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.</li> <li>- Respeta las creencias, ritos y costumbres religiosas del paciente.</li> </ul>		<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia</p> <p>Rechazo</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION DE VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA
----------	-----------------------	-----------------------	-------------	------------------------	-------------------

					VARIABLE
		Psicoemocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar alivio y establecer comunicación a través de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo.</li> <li>- Considerar la atención del paciente moribundo como parte de un cuidado importante y no como una sobrecarga de trabajo.</li> <li>- Mantener la comunicarnos verbal con el paciente moribundo mientras se realizan los cuidados de enfermería.</li> <li>- Cuidar al paciente moribundo con el mismo respeto que se les brinda los demás pacientes.</li> </ul>		<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia</p> <p>Rechazo</p>



UNMSM – FM – UPG  
PSEE – 2013

## ANEXO B

### INSTRUMENTO

#### Presentación

Reciba un cordial saludo y le hago de conocimiento que en coordinación con la institución se está realizando un estudio orientado a obtener información sobre la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo.

Para lo cual le solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras expresándole que es de carácter anónimo y confidencial.

Agradezco anticipadamente su participación.

#### Instrucciones

A continuación se le presenta una lista de enunciados, cada una de ellas tiene 5 posibilidades de respuesta, marque con un aspa (x) la que usted crea correcta.

Total Acuerdo .....TA

Acuerdo..... A

Ni Acuerdo/Ni Desacuerdo..... I

Desacuerdo..... D

Total Desacuerdo..... TD

## I. Datos generales

- Edad: 20 a 30 ( ) 31 a 40 ( ) 41 a más ( )
- Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )
- Tiempo de servicio en Emergencias:
  - a. Menos de 1 año ( ) b. De 1 a 5 años ( )
  - c. Más de 6 años ( )
- Tiene especialidad SI ( ) NO ( )

## II. ITEMS

Nº	ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
1	Pienso que no es importante conservar los objetos religiosos que pudiera tener el paciente moribundo					
2	Es importante indagar sobre las creencias religiosas del paciente moribundo					
3	Considero que no es importante el apoyo espiritual para el paciente moribundo					
4	Dado el estado de agonía del paciente es importante informar al familiar la necesidad de un guía espiritual					
5	Me disgusta la realización de los ritos y ceremonias espirituales de despedida del paciente moribundo.					
6	Considero que la atención del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podría utilizar para atender a otros pacientes.					

7	Dada la condición del paciente es importante brindarle un ambiente de privacidad.					
8	Es importante mantener la comunicarnos verbal con el paciente moribundo mientras le realizamos nuestros cuidados.					
9	Creo que el paciente moribundo debe ser tratado con el mismo respeto que se les brindo a los demás pacientes.					
10	Aun estando el paciente en agonía e inconsciente la enfermera deberá establecer comunicación afectiva a través del sentido del tacto hacia el paciente.					
11	Dada la condición del paciente considero que su higiene es innecesaria.					
12	Las medidas de bioseguridad son irrelevantes en el paciente moribundo.					
13	El cambio de posición al paciente es necesario aún si está en proceso de morir.					
14	Me desagrada brindarle confort al paciente moribundo.					
15	Pienso que la administración de analgésicos no es importante si mi paciente ya está moribundo.					

## ANEXO C

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio.-** “Actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2013”.

**Investigador.-** Lic. Yuliana Carina Flores Benites, estudiante de la Segunda especialidad de Emergencias y Desastres.

El presente estudio tiene como propósito mejorar el cuidado que brinda la enfermera al paciente moribundo, con los resultados que se obtengan se espera sirvan como guía en la formación y capacitación del personal de enfermería

La presente investigación es de tipo Descriptivo - Cuantitativo, tiene como objetivo general determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo; el estudio y su metodología han sido aprobadas por las personas responsables, comité de ética y comités de revisión de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Ud. deberá responder el instrumento en un tiempo no mayor de 20 minutos. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio. Su participación es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma y teniendo la confianza plena de que la información brindada será solo y exclusivamente para fines de la investigación, es necesario que firme voluntariamente su consentimiento a participar.

-----  
Firma del profesional de enfermería

-----  
Fecha

-----  
Firma del Investigador(a)



## ANEXO D

### TABLA DE CODIFICACIÓN

#### I.- DATOS GENERALES

N°	PREGUNTA	CATEGORIA	CÓDIGO
1	Edad	20 - 30 31 - 40 41 a más	(1) (2) (3)
2	Sexo	Masculino Femenino	(1) (2)
3	Tiempo de servicio en emergencias	Menos de 1 año De 1 a 5 años Más de 6 años	(1) (2) (3)
4	Tiene Especialidad	Si No	(1) (2)

## II.- DATOS ESPECIFICOS

### ITEMS POSITIVOS

N° de Item	TA	A	I	D	TD
# 2	5	4	3	2	1
# 4	5	4	3	2	1
# 7	5	4	3	2	1
# 8	5	4	3	2	1
# 9	5	4	3	2	1
# 10	5	4	3	2	1
# 13	5	4	3	2	1

Total Acuerdo (TA  
Desacuerdo (D)

Acuerdo (A)  
Total Desacuerdo (TD).

Ni Acuerdo/Ni Desacuerdo (I)

### ITEMS NEGATIVOS

N° de Item	TA	A	I	D	TD
# 1	1	2	3	4	5
# 3	1	2	3	4	5
# 5	1	2	3	4	5
# 6	1	2	3	4	5
# 11	1	2	3	4	5
# 12	1	2	3	4	5
# 14	1	2	3	4	5
# 15	1	2	3	4	5

Total Acuerdo (TA  
Desacuerdo (D)

Acuerdo (A)  
Total Desacuerdo (TD).

Ni Acuerdo/Ni Desacuerdo (I)

**ANEXO E**  
**TABLA MATRIZ**

Nº	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS														
					DIMENSIÓN ESPIRITUAL					DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL					DIMENSIÓN FISIOLÓGICA				
	1	2	3	4	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	2	2	2	4	2	4	2	2	2	4	2	5	2	4	4	2	5	4
2	2	2	2	1	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5
3	2	2	3	1	5	4	5	4	2	4	4	4	4	2	5	5	2	5	5
4	1	2	3	1	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	3	4	5
5	1	2	2	2	4	4	4	5	4	2	4	4	5	2	4	4	4	4	4
6	3	2	3	1	1	4	5	5	5	3	5	1	5	5	5	5	2	5	5
7	3	1	2	2	5	5	4	4	5	3	4	4	5	4	5	5	4	5	5
8	3	2	3	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	3	4	2	4	3	4
9	2	1	3	1	2	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4
10	2	2	3	2	5	4	5	5	5	5	5	2	5	4	4	4	2	5	5
11	1	2	1	2	5	4	4	4	2	4	2	2	5	5	5	5	5	5	5
12	3	2	3	1	5	5	5	1	5	2	5	1	5	5	5	5	2	5	5
13	1	2	2	1	1	5	5	4	3	1	4	5	5	5	5	4	4	5	5
14	2	1	3	1	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	5	2	4	5
15	1	2	3	1	5	5	5	2	5	4	5	4	2	2	5	4	2	5	5
16	2	2	3	1	3	4	5	4	5	5	5	2	4	2	5	2	4	5	5

Nº	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS														
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
17	1	2	2	1	5	2	5	5	5	5	5	5	2	4	5	2	4	5	5
18	2	2	3	1	3	4	5	4	5	5	5	2	4	2	5	2	4	5	5
19	1	2	3	1	5	5	5	2	5	4	5	4	2	2	5	4	2	5	5
20	2	1	3	1	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	5	2	4	5
21	2	2	2	1	2	4	4	2	1	2	4	2	4	4	2	4	4	2	4
22	3	2	3	1	5	5	5	5	2	1	4	4	5	4	4	4	2	4	4
23	3	2	3	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	2	4	4	2
24	2	2	3	2	5	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4
25	3	2	3	1	4	2	3	4	2	2	2	4	4	4	2	2	4	2	4
26	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	5	2	2	4	4	2
27	3	2	3	1	4	4	5	4	3	1	4	4	5	4	4	2	4	4	5
28	2	2	3	2	4	4	4	3	2	2	4	2	4	3	4	2	2	2	2
29	2	1	3	1	4	4	4	4	2	2	2	4	2	4	4	4	4	4	5
30	3	2	2	2	5	5	5	5	3	4	4	4	5	5	4	5	4	3	5
31	3	2	3	1	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4
32	2	2	2	1	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	3	3	4	5	4
33	3	1	3	1	4	3	5	4	5	5	4	4	4	4	5	5	3	4	4
34	3	1	3	1	5	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	2	2
35	3	1	3	1	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	5	5	5
36	3	2	3	1	2	3	4	4	3	4	4	4	3	5	4	4	5	4	2
37	3	1	3	1	3	1	4	2	2	4	5	4	4	2	3	2	2	4	4

	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS														
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
38	3	1	3	1	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	5
39	2	2	3	1	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
40	2	1	2	2	5	4	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4
41	2	2	2	1	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5
42	1	2	2	2	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4
43	3	2	3	1	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5
44	2	2	2	2	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
45	2	2	2	1	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4
46	3	2	3	1	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4
47	2	2	3	1	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
48	2	1	2	2	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5
49	3	2	3	2	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4
50	2	1	3	2	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

## ANEXO F

### PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa

## ANEXO G

### VALIDEZ ESTADISTICA

Para la validez de los ítems del instrumento se aplicó la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i) (\sum y_i)}{\left[ N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2 \right]^{1/2} \left[ N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2 \right]^{1/2}}$$

ITEM	PEARSON
1	0.29
2	0.58
3	0.63
4	0.40
5	0.69
6	0.53
7	0.53
8	0.44
9	0.21
10	0.53
11	0.71
12	0.21
13	0.43
14	0.50
15	0.52

Si  $r > 0.20$  el instrumento es válido; todos los ítems tiene valor aceptable mayor que 0.20. Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido

## ANEXO H

### ESTADISTICA

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la fórmula de **ALFA DE CROMBACH**

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum Si^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$\sum Si^2$  : Sumatoria de las varianzas de cada item

$S_t^2$  : Varianza de los totales

K : Numero de items (válidos)

Si  $\alpha$  es mayor a 0.6 el instrumento es confiable

$$\text{Alfa} = \frac{15 (1 - 18.9 / 49.08)}{14}$$

$$= 1.07 (1-0.38) = 1.07 \times 0.62$$

Se obtiene alfa de Crombach = 0.66

Por lo tanto el instrumento es confiable



## ANEXO I

### MEDICION DE LA VARIABLE

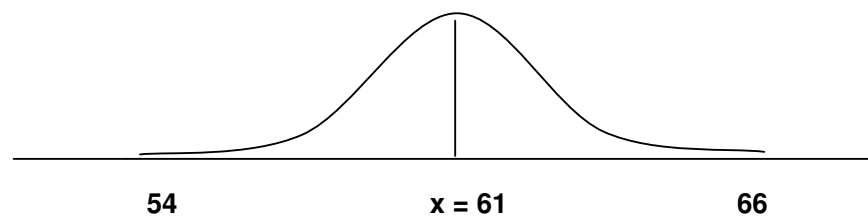
#### ACTITUD HACIA EL PACIENTE MORIBUNDO

**Desviación estándar**  $\sqrt{\frac{\sum WX}{n}}$   $\sqrt{\frac{66.6}{50}}$  = 8.16

**Promedio (x) =**  $\frac{\sum WX}{n}$   $\frac{3003}{50}$  = 60.06

a = x - 0.75 (DS) 60.1 - 6.12 = 53.98

b = x + 0.75 (DS) 60.1 + 6.12 = 66.22



Rechazo	15	-	53
Indiferencia	54	-	66
Aceptación	67		75

## ACTITUD - DIMENSIÓN FISIOLÓGICA

**Desviación estándar**

$$\sqrt{s^2} = \sqrt{9.05} = 3.00$$

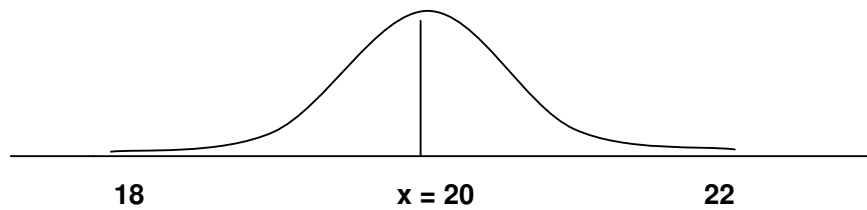
**Promedio (x)**

=

$$\frac{\sum WX}{n}$$

$$\frac{1008}{50} = 20.16$$

$$\begin{aligned} a &= x - 0.75 \text{ (DS)} & 20.16 - 2.25 &= 17.91 \\ b &= x + 0.75 \text{ (DS)} & 20.16 + 2.25 &= 22.41 \end{aligned}$$



Desfavorable	5	-	17
Indiferente	18	-	22
Favorable	23		25

## ACTITUD - DIMENSIÓN ESPIRITUAL

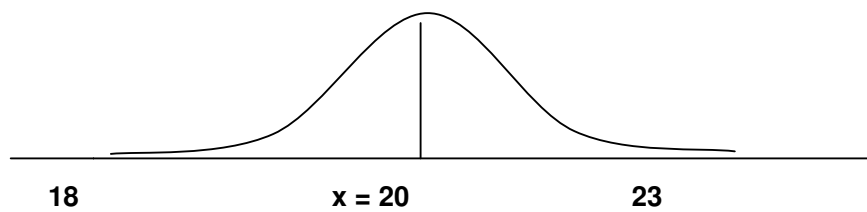
Desviación estándar

$$\sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}} = \sqrt{\frac{9.9}{50}} = 3.1$$

Promedio ( $\bar{x}$ ) =

$$\frac{\sum WX}{n} = \frac{1017}{50} = 19.56$$

$$\begin{aligned} a &= \bar{x} - 0.75 \text{ (DS)} & 20.34 - 2.33 &= 18.01 \\ b &= \bar{x} + 0.75 \text{ (DS)} & 20.34 + 2.33 &= 22.67 \end{aligned}$$



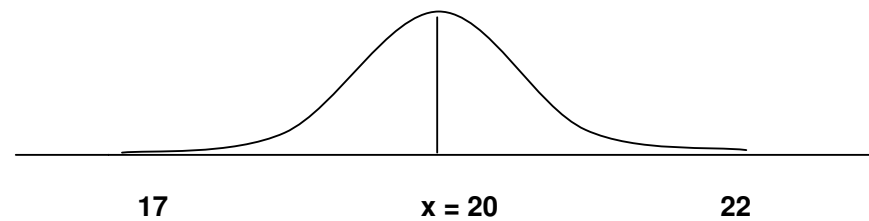
Desfavorable	5	-	17
Indiferente	18	-	23
Favorable	24	-	25

## ACTITUD - DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL

**Desviación estándar**  $\sqrt{\frac{\sum WX}{n}}$   $\sqrt{\frac{11.3}{50}}$  = 3.36

**Promedio (x)**  $\frac{\sum WX}{n}$   $\frac{978}{50}$  = 19.56

a = x - 0.75 (DS) 19.56 - 2.52 = 17.04  
 b = x + 0.75 (DS) 19.56 + 2.52 = 22.08



Desfavorable	5	-	16
Indiferente	17	-	22
Favorable	23	-	25

## ANEXO J

### DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HNHU LIMA - PERU 2013

ASPECTOS	NUMERO	PORCENTAJE
<b>EDAD</b>		
20 a 30	9	18
31 a 40	22	44
41 a más	19	38
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	13	26
FEMENINO	37	74
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>TIEMPO QUE LABORA EN EMERGENCIAS</b>		
MENOS DE 1 AÑO	1	02
DE 1 A 5 AÑOS	16	32
MÁS DE 6 AÑOS	33	66
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>ESPECIALIDAD</b>		
SI	35	70
NO	15	30
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería HNHU 2013*

## ANEXO K

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO  
DEL PACIENTE MORIBUNDO EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL  
HIPOLITO UNANUE.  
LIMA – PERU  
2013**

<b>DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
ACEPTACIÓN	16	32,0
INDIFERENCIA	21	42,0
RECHAZO	13	26,0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

## ANEXO L

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO  
DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN FISIOLÓGICA  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE.  
LIMA – PERU  
2013**

<b>DIMENSIÓN FISIOLÓGICA</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
ACEPTACIÓN	10	20,0
INDIFERENCIA	29	58,0
RECHAZO	11	22,0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

## ANEXO M

### ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN FISIOLÓGICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR ITEMS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE LIMA – PERU 2013

ITEMS	rechazo		Indiferencia		Aceptación		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
11.- Dada la condición del paciente considero que su higiene es innecesaria	4	8%	26	52%	20	40%	50	100%
12.- Las medidas de bioseguridad son irrelevantes en el paciente moribundo	11	22%	22	44%	17	34%	50	100%
13.- El cambio de posición al paciente es necesario aún si está en proceso de morir	15	30%	24	48%	11	22%	50	100%
14.- Me desagrada brindarle confort al paciente moribundo.	5	10%	23	46%	22	44%	50	100%
15.- Pienso que la administración de analgésicos no es importante si mi paciente ya está moribundo.	5	10%	18	36%	27	54%	50	100%

## ANEXO N

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO  
DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN ESPIRITUAL  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE.  
LIMA – PERU  
2013**

<b>DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
ACEPTACIÓN	10	20,0
INDIFERENCIA	36	72,0
RECHAZO	4	8,0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>



## ANEXO O

### ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR ITEMS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE LIMA – PERU 2013

ITEMS	rechazo		Indiferencia		Aceptación		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1.- Pienso que no es importante conservar los objetos religiosos que pudiera tener el paciente moribundo	3	6%	26	52%	21	42%	50	100%
2.- Es importante indagar sobre las creencias religiosas del paciente moribundo	5	10%	26	52%	19	38%	50	100%
3.- Considero que no es importante el apoyo espiritual para el paciente moribundo	0	0%	28	56%	22	44%	50	100%
4.- Dado el estado de agonía del paciente es importante informar al familiar la necesidad de un guía espiritual	6	12%	23	46%	21	42%	50	100%
5.- Me disgusta la realización de los ritos y ceremonias espirituales de despedida del paciente moribundo.	13	26%	18	36%	19	38%	50	100%

## ANEXO P

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO  
DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE.  
LIMA – PERU  
2013**

<b>DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL</b>	<b><math>f_i</math></b>	<b><math>h_i</math></b>
ACEPTACIÓN	8	16,0
INDIFERENCIA	30	60,0
RECHAZO	12	24,0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

## ANEXO Q

### ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE MORIBUNDO EN SU DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR ITEMS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE LIMA – PERU 2013

ITEMS	rechazo		Indiferencia		Aceptación		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
6.- Considero que la atención del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podría utilizar para atender a otros pacientes.	12	24%	25	50%	13	26%	50	100%
7.- Dada la condición del paciente es importante brindarle un ambiente de privacidad.	6	12%	26	52%	18	36%	50	100%
8.- Es importante mantener la comunicarnos verbal con el paciente moribundo mientras le realizamos nuestros cuidados	11	22%	26	52%	13	26%	50	100%
9.- Creo que el paciente moribundo debe ser tratado con el mismo respeto que se les brindo a los demás pacientes	4	8%	21	42%	25	50%	50	100%
10.- Aun estando el paciente en agonía e inconsciente la enfermera deberá establecer comunicación afectiva a través del sentido del tacto hacia el paciente	10	20%	20	40%	20	40%	50	100%